

**ORDIN nr. 244 din 29 aprilie 2015 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special**

Forma sintetică la data 26-iul-2016. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC 179 din 29 aprilie 2015,

În temeiul prevederilor:

- art. 178 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. [400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015](#), cu modificările și completările ulterioare;

- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#) privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. [400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015](#);

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. [972/2006](#), cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următorul ordin:

**Art. 1**

**(1)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 1-a-1-j.

**(2)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 2-a-2-n.

**(3)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din unitățile sanitare cu paturi, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 3-a-3-k.

**(4)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activității de transport sanitar neasistat, în vederea decontării lunare și trimestriale de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 4-a-4-c.

**(5)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în

vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 5-a și 5-b.

**(6)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența de reabilitare medicală în sanatorii balneare și de recuperare medicală în alte sanatorii și preventorii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6-a și 6-b.

**(7)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor cu afecțiuni cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, conform anexelor nr. 7-a și 7-b.

**(8)** Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și borderourile centralizatoare necesare raportării furnizorilor de medicamente, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate potrivit contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform anexelor nr. 8-a-8-c.

**(9)** Formularele menționate la alin. (1)-(8) se utilizează împreună cu formularele tipizate de "Factură" fără TVA, întocmite conform prevederilor Legii nr. [571/2003](#) privind [Codul fiscal](#), cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului finanțelor publice nr. [2.226/2006](#) privind utilizarea unor formulare financiar-contabile de către persoanele prevăzute la art. 1 din Legea contabilității nr. [82/1991](#), republicată, cu modificările ulterioare.

#### **Art. 2**

**(1)** Anexele nr. 1-a-1-j, 2-a-2-n, 3-a-3-k, 4-a-4-c, 5-a, 5-b, 6-a, 6-b, 7-a, 7-b și 8-a-8-c\*) fac parte integrantă din prezentul ordin.

**(2)** Formularele cuprinse în prezentul ordin constituie modele-tip.

#### **Art. 3**

Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul ordin.

#### **Art. 4**

**(1)** Desfășurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru:

**a)** asigurați;

**b)** pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale;

**c)** pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;

**d)** pentru persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în

care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. **400/2014** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a **Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015**, cu modificările și completările ulterioare;

**e)** pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. **400/2014**, cu modificările și completările ulterioare.

☐ **(2)** La formularele menționate la alin. (1) se vor atașa, după caz:

**a)** lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP), cod unic de identificare, specificarea serviciilor medicale efectuate în cazul persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale;

**b)** lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP), cod unic de identificare, specificarea serviciilor medicale acordate cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;

**c)** lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate; se vor atașa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate;

**d)** lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare de formulare/documente europene, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular/document european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, numărul de identificare a instituției respective. Tipurile de formulare europene sunt: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și documente europene S - corespondente acestor formulare; se vor atașa copii ale formularelor/documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E 106, E 109, E 120, E 121)/S1;

**e)** lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. Se vor atașa copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale.

#### ☐ **Art. 5**

La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. **486/2014** pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de

către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 504 și 504 bis din 7 iulie 2014, cu modificările și completările ulterioare.

**Art. 6**

Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

**Art. 7**

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu luna mai 2015.

\*\*\*\*\*

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Vasile Ciurchea**

Pentru a vizualiza Monitorul Oficial 300 bis [apăsați aici](#). În cazul în care nu aveți cont iDrept, vă rugăm să apăsați butonul Cont nou din dreapta sus a ecranului și să urmați pașii necesari.

**ANEXA nr. 1<sup>a</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate .....  
Furnizorul de servicii medicale .....  
Localitate .....  
Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului .....  
Medic de familie .....  
(nume prenume)  
CNP medic de familie .....

**I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ**

Grupa de vârstă .....\*)

| Nr. Crt. | Numele și prenumele asiguratului | Cod numeric personal/ Cod unic de identificare | Adresa asiguratului | Vârsta împlinită*) | Codul categoriei din care face parte asiguratul**) | Data înscrierii pe listă | Data ieșirii de pe listă |
|----------|----------------------------------|------------------------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1        |                                  |                                                |                     |                    |                                                    |                          |                          |
| 2        |                                  |                                                |                     |                    |                                                    |                          |                          |
| ...      |                                  |                                                |                     |                    |                                                    |                          |                          |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni la data înscrierii pe listă.

\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1<sup>b</sup>.

**II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE**

Grupa de vârstă .....\*)

| Nr. Crt. | Nume și prenume | Cod numeric personal/ Cod unic de identificare | Adresa | Vârsta împlinită*) | Data înscrierii pe listă | Data ieșirii de pe listă |
|----------|-----------------|------------------------------------------------|--------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1        |                 |                                                |        |                    |                          |                          |
| 2        |                 |                                                |        |                    |                          |                          |
| ...      |                 |                                                |        |                    |                          |                          |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/ SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEJIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/ DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA**

REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL  
CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE  
SECURITATE SOCIALĂ

Grupa de vârstă .....\*)

| Nr. crt. | Nume și prenume | Tipul de formular/ document european (E106, E109, E120, E121/S1) | Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare | Statul membru UE/ SEE/Confederația Elvețiană competent | Vârsta împlinită**) | Codul categoriei din care face parte asiguratul | Data înscrierii pe listă | Data ieșirii de pe listă |
|----------|-----------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1        |                 |                                                                  |                                                          |                                                        |                     |                                                 |                          |                          |
| 2        |                 |                                                                  |                                                          |                                                        |                     |                                                 |                          |                          |
| ...      |                 |                                                                  |                                                          |                                                        |                     |                                                 |                          |                          |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1<sup>b</sup>

**IV. NOTĂ:**

**1.** Formularele din anexa 1<sup>a</sup> se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune/se transmite la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 1<sup>a</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

În vederea contractării, formularele din anexa 1<sup>a</sup> vor fi raportate numai în format electronic atât pentru medici nou veniți cât și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

- ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcție de mișcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1<sup>c</sup>;

și/sau

- în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

**2.** Datele din liste se vor completa cu majuscule.

**3.** Formularele I și III din anexa 1<sup>a</sup> se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis), EKG și spirometrie.

Formularele I și III din anexa 1<sup>a</sup> vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic la data încheierii actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis), EKG și spirometrie, indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 1<sup>a</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

Data: .....

**ANEXA nr. 1<sup>b</sup>: CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI**

**(1)** \_

| CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL | COD | comentarii |
|------------------------------------------|-----|------------|
| Copil în cadrul familiei                 | 100 |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 101*) |  |
| Tineri cu vârsta 18 - 26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri din muncă                                                                                                                                                                                                                   | 102   |  |
| Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. <a href="#">416/2001</a> privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare                                                                                                                      | 103   |  |
| Studenți-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. <a href="#">1/2011</a> , cu modificările și completările ulterioare                                                                                                                                                                                                                                              | 104   |  |
| Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 105*) |  |
| Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 106   |  |
| Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. <a href="#">118/1990</a> , privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începerea de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, modificat prin OG. nr. <a href="#">105/1999</a> , aprobată prin Legea nr. <a href="#">189/2000</a> | 107.1 |  |
| Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. <a href="#">44/1994</a> privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare                                                                                                                                                                                   | 107.2 |  |
| Persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. <a href="#">341/2004</a> , cu modificările și completările ulterioare | 107.3 |  |
| Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. <a href="#">309/2002</a> privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare                                                                                                                      | 107.4 |  |
| Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. <a href="#">51/1993</a> privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare                                                                                                                                                              | 107.5 |  |
| Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 108   |  |
| Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 109   |  |
| Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse                                                                                                                                                                                                                      | 110   |  |
| Salariat sau categorii asimilate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 200   |  |
| Pensionari cu venituri din pensii care depășesc 740 lei                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 201   |  |
| Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii care depășesc 740 lei                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 202   |  |
| Persoane cu venituri din activități independente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 203   |  |
| Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 204   |  |
| Persoane cu venituri din chirii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 205   |  |
| Persoane cu venituri ocazionale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 206   |  |
| Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultură                                                                                                                                                                                                                                                                              | 207   |  |
| Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin. 9 din Legea nr. <a href="#">95/2006</a> , cu modificările și completările ulterioare                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 208   |  |
| Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 210   |  |
| Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 78 Cod Fiscal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 211   |  |
| Persoane prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din OUG nr. <a href="#">158/2005</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 212   |  |
| Persoane fizice care realizează venituri din arendarea bunurilor agricole în regim de reținere la sursă a impozitului pe venit pentru care plătitorul de venit are obligația reținerii la sursă a contribuțiilor individuale de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 296 <sup>24</sup> alin. (4 <sup>2</sup> ) din Legea nr. <a href="#">571/2003</a> , cu modificările și completările ulterioare                   | 213   |  |
| Persoane aflate în concediu medical sau în accident de muncă                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 300   |  |
| Persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu                                                                                                                                                | 301   |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |  |
| Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate | 302 |  |
| Șomer sau beneficiar alocație de sprijin                                                                                                                                                                                                                                                                     | 303 |  |
| Străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii                                      | 304 |  |
| Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. <a href="#">416/2001</a> privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare                                                                                                          | 305 |  |
| Pensionar cu venituri mai mici de 740 lei, care nu se încadrează la categoria "Pensionar de invaliditate"                                                                                                                                                                                                    | 306 |  |
| Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii sub 740 lei                                                                                                                                                                                                                                                 | 307 |  |
| Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;                                                                                                                                                                                             | 308 |  |
| Personalul monahal al cultelor recunoscute, care nu realizează venituri                                                                                                                                                                                                                                      | 309 |  |
| Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare                                                                                                                                         | 310 |  |
| Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1)                                                                                                                                   | 401 |  |
| Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene (E109/S1)                                                                                                                                                         | 402 |  |
| Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1)                                                                                                                                   | 403 |  |
| Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1)                                                                                                                                   | 404 |  |
| Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E106/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate                                                                                                                                                                                             | 405 |  |
| Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E109/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate                                                                                                                                                                                             | 406 |  |
| Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E120/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate                                                                                                                                                                                             | 407 |  |
| Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E121/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate                                                                                                                                                                                             | 408 |  |

\*) Pentru persoanele nou înscrise pe listă, medicii de familie atașează la fișa medicală, actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată

 **(1<sup>1</sup>)NOTĂ:**

 În categoria 200:

"Salariat sau categorii asimilate" intră următoarele categorii de persoane:

**1.** Persoane care realizează venituri obținute din asocierile fără personalitate juridică prevăzute la art. 13 lit. e) din [Codul Fiscal](#)

**2.** Asigurați preluați de casele județene de pensii de la unitățile în faliment

**3.** Membri ai comisiei de cenzori sau comitetului de audit, precum și membri în consilii, comisii, comitete și altele asemenea: președinții asociațiilor de proprietari sau alte persoane care își desfășoară activitatea în baza contractului de mandat în cadrul asociațiilor de proprietari

**4.** Persoane disponibilizate care beneficiază de plăți compensatorii acordate în baza contractului colectiv sau individual de muncă suportate din fondul de salarii

**5.** Administratorii societăților comerciale, companiilor/societăților naționale și regiilor autonome, desemnați/numiți în condițiile legii, precum și reprezentanții în adunarea generală a acționarilor și în consiliul de administrație - proiect D112

**6.** Persoane fizice care realizează venituri sub formă de salarii de la angajatori nerezidenți și care achită contribuțiile sociale individuale potrivit art. 296<sup>19</sup> alin. (1<sup>13</sup>) din Legea nr. **571/2003**, cu modificările și completările ulterioare - proiect D112

**7.** Personal militar, polițiști și funcționari publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare, la trecerea în rezervă sau direct în retragere, respectiv la încetarea raporturilor de serviciu, fără drept de pensie, din domeniul apărării naționale - proiect D112

**b)** În categoria 203:

"Persoane cu venituri din activități independente" intră următoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii:

**1.** Persoane care realizează venituri obținute dintr-o asociere cu o persoană juridică contribuabil, potrivit titlului IV<sup>1</sup> din **Codul Fiscal**, care nu generează o persoană juridică

**2.** Persoane care realizează venituri din activitatea de expertiză contabilă și tehnică, judiciară și extrajudiciară

**3.** Întreprinzătorii titulari ai unei întreprinderi individuale

**4.** Membrii întreprinderii familiale

**5.** Persoane care realizează venituri din activități desfășurate în baza contractelor/convențiilor civile încheiate potrivit Codului civil, precum și a contractelor de agent.

**c)** În categoria 303:

"Șomer sau beneficiar alocație de sprijin" intră următoarea categorie de persoane asimilată acestei categorii:

- persoane disponibilizate care beneficiază de plăți compensatorii suportate de bugetul asigurărilor de șomaj.

**d)** În categoria 206:

"Persoane cu venituri ocazionale" intra și următoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii

**1.** Persoane cu venituri din dividende

**2.** Persoane cu venituri din dobânzi

**3.** Persoane cu câștiguri din premii și jocuri de noroc

**4.** Persoane cu câștiguri din operațiunea de fiducie, potrivit titlului III Cod Fiscal.

**ANEXA nr. 1<sup>c</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

.....

Furnizorul de servicii medicale

Medic de familie

.....

.....

Localitate .....

(nume prenume)

Județ .....

CNP medic de familie .....

**I.** DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ..... ANUL .....

**A)** Intrări/Ieșiri în/din listă

| Nr. Crt. | Numele și prenumele asiguratului | Cod numeric personal/ Cod unic de identificare | Adresa asiguratului | Vârsta împlinită *) | Codul categoriei din care face parte asiguratul | Data înscrierii pe listă | Data ieșirii de pe listă |
|----------|----------------------------------|------------------------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.       |                                  |                                                |                     |                     |                                                 |                          |                          |
| 2.       |                                  |                                                |                     |                     |                                                 |                          |                          |
| ...      |                                  |                                                |                     |                     |                                                 |                          |                          |

**B)** Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

| Grupa de vârstă | Număr asigurați |
|-----------------|-----------------|
|-----------------|-----------------|



|                                                                                                                        | Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente | Intrări | Ieșiri | Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------|-----------------------------------------------|
| 1.                                                                                                                     | 2.                                               | 3.      | 4.     | 5.                                            |
| 0 - 3 ani - total din care:                                                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| - copii încredințați sau dați în plasament                                                                             |                                                  |         |        |                                               |
| 4 - 59 ani - total din care:                                                                                           |                                                  |         |        |                                               |
| - copii încredințați sau dați în plasament                                                                             |                                                  |         |        |                                               |
| - pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) |                                                  |         |        |                                               |
| - persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență                                                      |                                                  |         |        |                                               |
| - persoane private de libertate aflate în custodia statului                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| 60 ani și peste - total din care:                                                                                      |                                                  |         |        |                                               |
| - persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență                                                      |                                                  |         |        |                                               |
| - persoane private de libertate aflate în custodia statului                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| TOTAL                                                                                                                  |                                                  |         |        |                                               |

La grupa de vârstă "4 - 59 ani": totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate + nr. persoanelor din centrele de îngrijire și asistență + numărul persoanelor private de libertate aflate în custodia statului

La grupa de vârstă "60 ani și peste": totalul > nr. persoanelor instituționalizate din centrele de îngrijire și asistență + numărul persoanelor private de libertate aflate în custodia statului

**II. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ..... ANUL .....**

**A) Intrări/Ieșiri în/din listă**

| Nr. Crt. | Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale | Cod numeric personal/ Cod unic de identificare | Adresa | Vârsta împlinită*) | Data înscrierii pe listă | Data ieșirii de pe listă |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.       |                                                                                     |                                                |        |                    |                          |                          |
| 2.       |                                                                                     |                                                |        |                    |                          |                          |
| ...      |                                                                                     |                                                |        |                    |                          |                          |

**B) Recapitulația persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie**

| Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente (număr) | Intrări (număr) | Ieșiri (număr) | Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr) |
|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------------------------------|
|                                                          |                 |                |                                                       |
|                                                          |                 |                |                                                       |

**III. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ..... ANUL .....**

**A) Intrări/Ieșiri în/din listă**

| Nr. crt. | Nume și prenume | Tipul de formular/ document | Număr de identificare personal/ Cod | Statul membru UE/ SEE/ Confederația | Vârsta împlinită *) | Codul categoriei din care face parte asiguratul | Data înscrierii pe listă | Data ieșirii de pe listă |
|----------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|----------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

|    |  |                                               |                         |                         |  |     |  |  |
|----|--|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--|-----|--|--|
|    |  | european<br>(E106,<br>E109, E120,<br>E121/S1) | unic de<br>identificare | Elvețiană,<br>competent |  | **) |  |  |
|    |  |                                               |                         |                         |  |     |  |  |
| 1. |  |                                               |                         |                         |  |     |  |  |
| 2. |  |                                               |                         |                         |  |     |  |  |

**B)**Recapitulația persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului european și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de familie

| Grupa de vârstă | Număr asigurați                                  |         |        |                                               |
|-----------------|--------------------------------------------------|---------|--------|-----------------------------------------------|
|                 | Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente | Intrări | Ieșiri | Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs |
| 1.              | 2.                                               | 3.      | 4.     | 5.                                            |
| 0 - 3 ani       |                                                  |         |        |                                               |
| 4 - 59 ani      |                                                  |         |        |                                               |
| 60 ani și peste |                                                  |         |        |                                               |
| TOTAL           |                                                  |         |        |                                               |

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

#### **IV.NOTĂ:**

Mișcarea asiguraților pe grupe de vârstă se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani)

\*) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. **388/186/2015**. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

**1.**Formularele din anexa 1-c se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

**2.**Datele din liste se vor completa cu majuscule.

**3.**Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar în câte două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis), EKG și spirometrie.

Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar pe suport hârtie și în format electronic, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis), EKG și spirometrie. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

#### **ANEXA nr. 1<sup>d</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

.....

Furnizorul de servicii medicale

Medic de familie .....

Localitate .....

(nume prenume)

Județ .....

CNP medic de familie .....

DESFĂȘURĂTORUL PUNCTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE LUNA ..... ANUL .....

# 1. Numărul de puncte "per capita"

(1)

| Nr. Crt. | Grupa de vârstă                                                                                                                 | Nr. puncte <sup>*)</sup> /pers./an | Nr. persoane asigurate <sup>**)</sup> | Nr. puncte realizat (col.2 x col.3) |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 0        | 1                                                                                                                               | 2                                  | 3                                     | 4=2x3                               |
| 1.       | 0-3 ani                                                                                                                         |                                    | ***)                                  |                                     |
| 2.       | 0-3 ani (persoane din statele membre ale UE/ SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)    |                                    |                                       |                                     |
| 3.       | 0-3 ani (copii încredințați sau dați în plasament)                                                                              |                                    |                                       |                                     |
| 4.       | 4-59 ani                                                                                                                        |                                    | ****)                                 |                                     |
| 5.       | 4-59 ani (persoane din statele membre ale UE/ SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)   |                                    |                                       |                                     |
| 6.       | 4-59 ani (copii încredințați sau dați în plasament)                                                                             |                                    |                                       |                                     |
| 7.       | 4-59 ani (pensionari de invaliditate - care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) |                                    |                                       |                                     |
| 8.       | 4-59 ani (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)                                                      |                                    |                                       |                                     |
| 9.       | 4-59 ani (persoane private de libertate aflate în custodia statului)                                                            |                                    |                                       |                                     |
| 10.      | 60 ani și peste                                                                                                                 |                                    | *****)                                |                                     |
| 11.      | 60 ani și peste (persoane din statele membre UE/SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) |                                    |                                       |                                     |
| 12.      | 60 ani și peste (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)                                               |                                    |                                       |                                     |
| 13.      | 60 ani și peste (persoane private de libertate aflate în custodia statului)                                                     |                                    |                                       |                                     |
|          | TOTAL                                                                                                                           | X                                  |                                       |                                     |

\*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. **388/186/2015**.

\*\*) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. **388/186/2015**, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

\*\*\*) numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 -3 ani" (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2 și 3

\*\*\*\*) numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 -59 ani" (de la col. 3 rândul 4) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupa de vârstă în col. 3 la rândurile 5, 6, 7, 8 și 9

\*\*\*\*\*) numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" (de la col. 3 rândul 10) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 11, 12 și 13.

☐(2) Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

☐I. Dacă total col. 4 este mai mic decât 18.700 inclusiv, plata per capita se realizează după cum urmează:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

☐II. \_

☐a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 18.701 - 22.000:

Nr. puncte de decontat =  $18.700 + (\text{Total col. 4} - 18.700) \times 0,75$

a.2) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001 - 26.000:

Nr. puncte de decontat =  $18.700 + (22.000 - 18.700) \times 0,75 + (\text{Total col. C4} - 22.000) \times 0,50$

a.3) Dacă total col. 4 este peste 26.000:

Nr. puncte de decontat =  $18.700 + (22.000 - 18.700) \times 0,75 + (26.000 - 22.000) \times 0,50 + (\text{Total col. 4} - 26.000) \times 0,25$

☐b) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. [124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă se calculează după cum urmează:

b.1) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv: Nr. puncte de decontat =  $22.000 + (\text{Total col. 4} - 22.000) \times 0,75$

b.3) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat =  $22.000 + (26.000 - 22.000) \times 0,75 + (\text{Total col. 4} - 26.000) \times 0,50$

b.4) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat =  $22.000 + (26.000 - 22.000) \times 0,75 + (30.000 - 26.000) \times 0,50 + (\text{Total col. 4} - 30.000) \times 0,25$

☐c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din Anexa 2 la HG nr. [400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare, se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai

mult de 26.000 puncte inclusiv: Nr. puncte de decontat = 22.000 + (Total col. 4 - 22.000) x 0,75

c.3) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,50

c.4) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (30.000 - 26.000) x 0,50 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,25

**III.** Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 11 de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. **400/2014**, cu modificările și completările ulterioare:

Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) = .....

**IV.** Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 14 de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. **400/2014** cu modificările și completările ulterioare:

Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) = .....

**V.** Număr puncte pe lună ..... = pct. I/12 luni; pct. II lit. a)/12 luni; pct. II lit. b)/12 luni; pct. II lit. c)/12 luni; pct. III/12 luni sau pct. IV/12 luni.

**2.** Recalcularea numărului de puncte "per capita" în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea:

| Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. V din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" (col. 1 = col. 2 + col. 3) | din care: Număr de puncte "per capita":                                            |                                                                                         | Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 1 x procent de majorare sau col. 2 x procent de majorare) | Condiții în care se desfășoară activitatea pct. de lucru (col. 3 x procent de majorare) | Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare) | Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                       | pentru cabinet (col. 1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/ Nr. total ore din lună) | pentru pct. lucru (col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună) |                                                                                                                        |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                           |
| 1.                                                                                                                                                                    | 2.                                                                                 | 3.                                                                                      | 4                                                                                                                      | 5                                                                                       | 6                                                                                                                               | 7                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                           |

În situația cabinetelor cu mai multe puncte de lucru, tabelul se va adapta corespunzător.

**3.** Recapitulatie punctaj pentru persoane asigurate înscrise pe listă în funcție de perioada de activitate

| Număr de zile lucrătoare ale lunii | Perioada de întrerupere (zile lucrătoare) | Număr zile lucrătoare luate în calcul (col.1-col.2) | Total puncte pe lună (conform col. 7 din tabelul de la pct. 2.) | Total puncte "per capita" luate în calculul drepturilor col.4 x (col.3/col.1) |
|------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                 | 2.                                        | 3.                                                  | 4.                                                              | 5.                                                                            |
|                                    |                                           |                                                     |                                                                 |                                                                               |

NOTĂ: Se completează pentru medicii cu liste proprii de asigurați care încep sau întrerup activitatea în cursul unei luni.

**4.**

**4.1.** Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

| Denumirea serviciului medical                                                                                                                                                                                                                     | Nr. puncte <sup>*1)</sup><br>pe serviciu medical | Număr<br>servicii<br>medicale | Nr. total<br>de puncte |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                                                | 3                             | 4=2x3                  |
| <b>A. SERVICII MEDICALE CURATIVE</b>                                                                                                                                                                                                              | X                                                | X                             | X                      |
| 1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice <sup>*2)</sup> :                                                                                                                              | X                                                | X                             | X                      |
| a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute                                                                                                                                                                                             |                                                  |                               |                        |
| b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute                                                                                                                                                                                          |                                                  |                               |                        |
| c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,                                                                                                                                                                         |                                                  |                               |                        |
| 2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice <sup>*3)</sup>                                                                                                                                                 |                                                  |                               |                        |
| 3. Management de caz:                                                                                                                                                                                                                             | X                                                | X                             | X                      |
| a) evaluarea inițială a cazului nou <sup>*4)</sup>                                                                                                                                                                                                | X                                                | X                             | X                      |
| a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                                 |                                                  |                               |                        |
| a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC                                                                                                                                             |                                                  |                               |                        |
| a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi                                                                                                                                                                                  |                                                  |                               |                        |
| b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) <sup>*5)</sup> |                                                  |                               |                        |
| <b>B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:</b>                                                                                                                                                                                           | X                                                | X                             | X                      |
| 1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) <sup>*6)</sup>                                                                                                                            | X                                                | X                             | X                      |
| a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului                                                                                                                                                                                        |                                                  |                               |                        |
| b) la 1 lună - la domiciliul copilului                                                                                                                                                                                                            |                                                  |                               |                        |
| c) la 2 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                               |                        |
| d) la 4 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                               |                        |
| e) la 6 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                               |                        |
| f) la 9 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                               |                        |
| g) la 12 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                               |                        |
| h) la 15 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                               |                        |
| i) la 18 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                               |                        |
| j) la 24 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                               |                        |
| k) la 36 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                               |                        |
| l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;                                                                                                                                                                                      |                                                  |                               |                        |
| 2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei <sup>*7)</sup> :                                                                                                                                                            | X                                                | X                             | X                      |
| a) luarea în evidență în primul trimestru;                                                                                                                                                                                                        |                                                  |                               |                        |
| b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.                                                                                                                                                                                       |                                                  |                               |                        |
| c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;                                                                                                                                                                |                                                  |                               |                        |
| d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;                                                                                                                                                                                 |                                                  |                               |                        |
| e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.                                                                                                                                                                                                 |                                                  |                               |                        |
| 3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic                                                                                                                                                               | X                                                | X                             | X                      |
| a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice <sup>*8)</sup>                                                                                                                                                                 |                                                  |                               |                        |
| b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt <sup>*8)</sup>                                                                                                                                         |                                                  |                               |                        |
| c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice <sup>*9)</sup>                                                                                                                                                                         |                                                  |                               |                        |
| <b>C. Consultații la domiciliul asiguraților<sup>*10)</sup></b>                                                                                                                                                                                   | X                                                | X                             | X                      |
| 1. consultații pentru situații de urgență                                                                                                                                                                                                         |                                                  |                               |                        |
| 2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice                                                                                                                                                                                              |                                                  |                               |                        |
| 3. boli cronice                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                               |                        |
| 4. Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscriși pe lista proprie                                                                                                                                                                     | X                                                | X                             | X                      |
| a) evaluarea inițială a cazului nou:                                                                                                                                                                                                              | X                                                | X                             | X                      |
| a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                                 |                                                  |                               |                        |
| a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC                                                                                                                                             |                                                  |                               |                        |
| a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi                                                                                                                                                                                  |                                                  |                               |                        |



|                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) |   |   |   |
| 5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului                                                                                                                                    |   |   |   |
| D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății <sup>*11)</sup>                                                           | X | X | X |
| a) efectuate la cabinet                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |
| b) efectuate la domiciliu                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |
| TOTAL PACHET BAZĂ                                                                                                                                                                                                                  | X |   |   |

Precizări:

<sup>\*1)</sup>conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*2)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*3)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*4)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*5)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*6)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*7)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*8)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*9)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*10)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*11)</sup>conform lit. B punctul 1 NOTA de la subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 4.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. [2021/691/2008](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății.

**4.2.** Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

| Nr. Crt. | Numele și prenumele asiguratului | Cod numeric personal/<br>Cod unic de identificare | Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare | Nr. Puncte/asigurat caz nou - confirmat din col. 4 <sup>*2)</sup> | Codul de parafă al medicului de specialitate care a | Specialitatea medicului din col. 6 | Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în |
|----------|----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|
|----------|----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|

|       |   |   |                                                                                                           |     |                                |   |                                                                  |
|-------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------|---|------------------------------------------------------------------|
|       |   |   | dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 4.1 <sup>*1)</sup> |     | confirmat cazul nou din col. 4 |   | col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală) |
| 1     | 2 | 3 | 4                                                                                                         | 5   | 6                              | 7 | 8                                                                |
| 1.    |   |   |                                                                                                           | 5,5 |                                |   |                                                                  |
| 2.    |   |   |                                                                                                           | 5,5 |                                |   |                                                                  |
| 3.    |   |   |                                                                                                           | 5,5 |                                |   |                                                                  |
|       |   |   |                                                                                                           | ... |                                |   |                                                                  |
| TOTAL | X | X | X                                                                                                         |     | X                              | X | X                                                                |

<sup>\*1)</sup> Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

<sup>\*2)</sup> Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#); punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

**4.3.** Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 4.1

|                                                                            |                                                                          |                             |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 4.1 | Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col.5 din tabelul 4.2 | Total număr de puncte lunar |
| 1                                                                          | 2                                                                        | 3= 1 + 2                    |
|                                                                            |                                                                          |                             |

**5.** Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale

| Denumirea serviciului medical                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nr. puncte <sup>*1)</sup> pe serviciu medical | Număr servicii medicale | Nr. total de puncte |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2                                             | 3                       | 4=2 x 3             |
| A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico - chirurgicală <sup>*2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                         |                     |
| B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo - epidemic <sup>*3)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). |                                               |                         |                     |
| C. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei:                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                                             | X                       | X                   |
| a) luarea în evidență în primul trimestru;                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                         |                     |
| b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a <sup>*4)</sup> .                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                         |                     |
| c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                         |                     |
| d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                         |                     |
| e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                         |                     |
| D. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială <sup>*5)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                 | X                                             | X                       | X                   |
| a) consilierea persoanei privind planificarea familială                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |                         |                     |
| b) indicarea unei metode contraceptive                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                         |                     |
| E. Serviciile de prevenție <sup>*6)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | X                                             | X                       | X                   |
| Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate                                                                                                                                                                                                     |                                               |                         |                     |
| F. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificat medical constatator de deces <sup>*7)</sup>                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                         |                     |
| TOTAL PACHET MINIMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X                                             |                         |                     |

Precizări:

<sup>\*1)</sup> conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*2)Conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*3)Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#); Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. [1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

\*4)conform lit. A, punctul 1 subpct. 1.3 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*5)conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.4.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*6)conform lit. A - punctul 1 subpct.1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

\*7)conform lit. A - NOTA de la punctul 1 subpct.1.6 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 5 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. [2021/691/2008](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății.

**6.** Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană:

| Denumirea serviciului medical                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nr. puncte*1) pe serviciu medical - consultație | Număr servicii medicale | Nr. total de puncte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2                                               | 3                       | 4 = 2x3             |
| A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                         |                     |
| B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației,) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). |                                                 |                         |                     |
| C. Servicii medicale curative:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X                                               | X                       | X                   |
| 1. Consultația în caz de boală 4) în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice                                                                                                                                                                                                                 | X                                               | X                       | X                   |
| a. consultație pentru afecțiuni acute                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                         |                     |
| b. consultație pentru afecțiuni subacute                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                         |                     |
| c. consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                         |                     |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X                                               |                         |                     |

Precizare:

\*1)conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*2)Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#); Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. [1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

\*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/ cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, numele și prenumele titularului de card, data nașterii titularului, codul de identificare al instituției care a emis cardul, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.

**7.** Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)):

| Denumirea serviciului medical                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nr. puncte <sup>*1)</sup> pe serviciu medical - consultație | Număr servicii medicale | Nr. total de puncte |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2                                                           | 3                       | 4 = 2x3             |
| A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală <sup>*2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                         |                     |
| B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic <sup>*3)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico - sanitare specifice, după caz). |                                                             |                         |                     |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X                                                           |                         |                     |

Precizare:

<sup>\*1)</sup>conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*2)</sup>Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*3)</sup>Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#); Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. [1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/ cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

**8.**

**8.1.** Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului

Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

| Denumirea serviciului medical                                                                                                                                                                                                                     | Nr. puncte <sup>*1)</sup> pe serviciu medical | Număr servicii medicale | Nr. total de puncte |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                                             | 3                       | 4=2x3               |
| <b>A. SERVICII MEDICALE CURATIVE</b>                                                                                                                                                                                                              | X                                             | X                       | X                   |
| 1. Consultația în caz de boală <sup>*2)</sup> :                                                                                                                                                                                                   | X                                             | X                       | X                   |
| a) consultație pentru afecțiuni acute                                                                                                                                                                                                             |                                               |                         |                     |
| b) consultație pentru afecțiuni subacute                                                                                                                                                                                                          |                                               |                         |                     |
| c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice.                                                                                                                                                                                         |                                               |                         |                     |
| 2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice <sup>*3)</sup>                                                                                                                                                 |                                               |                         |                     |
| 3. Management de caz:                                                                                                                                                                                                                             | X                                             | X                       | X                   |
| a) evaluarea inițială a cazului nou <sup>*4)</sup>                                                                                                                                                                                                | X                                             | X                       | X                   |
| a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                                 |                                               |                         |                     |
| a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC                                                                                                                                             |                                               |                         |                     |
| a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi                                                                                                                                                                                  |                                               |                         |                     |
| b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) <sup>*5)</sup> |                                               |                         |                     |
| <b>B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:</b>                                                                                                                                                                                           | X                                             | X                       | X                   |
| 1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) <sup>*6)</sup>                                                                                                                            | X                                             | X                       | X                   |
| a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului                                                                                                                                                                                        |                                               |                         |                     |
| b) la 1 lună - la domiciliul copilului                                                                                                                                                                                                            |                                               |                         |                     |
| c) la 2 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                         |                     |
| d) la 4 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                         |                     |
| e) la 6 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                         |                     |
| f) la 9 luni                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                         |                     |
| g) la 12 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                         |                     |
| h) la 15 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                         |                     |
| i) la 18 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                         |                     |
| j) la 24 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                         |                     |
| k) la 36 luni                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                         |                     |
| l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;                                                                                                                                                                                      |                                               |                         |                     |
| 2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei <sup>*7)</sup> :                                                                                                                                                            | X                                             | X                       | X                   |
| a) luarea în evidență în primul trimestru;                                                                                                                                                                                                        |                                               |                         |                     |
| b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.                                                                                                                                                                                       |                                               |                         |                     |
| c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;                                                                                                                                                                |                                               |                         |                     |
| d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;                                                                                                                                                                                 |                                               |                         |                     |
| e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.                                                                                                                                                                                                 |                                               |                         |                     |
| 3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic                                                                                                                                                               | X                                             | X                       | X                   |
| a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice <sup>*8)</sup>                                                                                                                                                                 |                                               |                         |                     |
| b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt <sup>*8)</sup>                                                                                                                                         |                                               |                         |                     |
| c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice <sup>*9)</sup>                                                                                                                                                                         |                                               |                         |                     |
| <b>C. Consultații la domiciliul asiguraților<sup>*10)</sup></b>                                                                                                                                                                                   | X                                             | X                       | X                   |
| 1. consultații pentru situații de urgență                                                                                                                                                                                                         |                                               |                         |                     |
| 2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice                                                                                                                                                                                              |                                               |                         |                     |
| 3. boli cronice                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                         |                     |
| 4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscrși pe lista proprie                                                                                                                                                                     | X                                             | X                       | X                   |
| a) evaluarea inițială a cazului nou:                                                                                                                                                                                                              | X                                             | X                       | X                   |

|                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                  |   |   |   |
| a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC                                                                                                                              |   |   |   |
| a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) |   |   |   |
| 5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului                                                                                                                                    |   |   |   |
| D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății <sup>*11)</sup>                                                           | X | X | X |
| a) efectuate la cabinet                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |
| b) efectuate la domiciliu                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |
| TOTAL PACHET                                                                                                                                                                                                                       | X |   |   |

Precizări:

<sup>\*1)</sup>conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*2)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*3)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*4)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*5)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*6)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*7)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*8)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul [388/186/2015](#).

<sup>\*9)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*10)</sup>conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*11)</sup>conform lit. B punctul 1 NOTA subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/ cod unic de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/ document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/ documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/S1.

**8.2.** Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

| Nr. Crt. | Numele și prenume | Tipul de formular/document european (E106, E109, E120, E121/S1) | Cod numeric personal/Cod unic de identificare | Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană, competent | Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 8.1 <sup>*1)</sup> | Nr. Puncte/asigurat caz nou-confirmat din col. 6 <sup>*2)</sup> | Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 6 | Specialitatea medicului din col. 8 | Nr. contractului încheiat de medicul din col. 8 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală) |
|----------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | 2                 | 3                                                               | 4                                             | 5                                                      | 6                                                                                                                                                                     | 7                                                               | 8                                                                                  | 9                                  | 10                                                                                                        |
| 1.       |                   |                                                                 |                                               |                                                        |                                                                                                                                                                       | 5,5                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| 2.       |                   |                                                                 |                                               |                                                        |                                                                                                                                                                       | 5,5                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| 3.       |                   |                                                                 |                                               |                                                        |                                                                                                                                                                       | 5,5                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| ...      |                   |                                                                 |                                               |                                                        |                                                                                                                                                                       | ...                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| TOTAL    | X                 | X                                                               | X                                             | X                                                      | X                                                                                                                                                                     |                                                                 | X                                                                                  | X                                  | X                                                                                                         |

<sup>\*1)</sup> Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

<sup>\*2)</sup> Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#); punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

**8.3.** Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 8.1

| Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 8.1 | Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 7 din tabelul 8.2 | Total număr de puncte lunar |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1                                                                          | 2                                                                              | 3=1+2                       |
|                                                                            |                                                                                |                             |

**9.**

**9.1.** Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)):

| Denumirea serviciului medical                            | Nr. puncte <sup>*1)</sup> pe serviciu medical | Număr servicii medicale | Nr. total de puncte |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1                                                        | 2                                             | 3                       | 4=2x3               |
| A. SERVICII MEDICALE CURATIVE                            | X                                             | X                       | X                   |
| 1. Consultația în caz de boală <sup>*2)</sup> :          | X                                             | X                       | X                   |
| a) consultație pentru afecțiuni acute                    |                                               |                         |                     |
| b) consultație pentru afecțiuni subacute                 |                                               |                         |                     |
| c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice |                                               |                         |                     |



|                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice <sup>*3)</sup>                                                                                                                                                 |   |   |   |
| 3. Management de caz:                                                                                                                                                                                                                             | X | X | X |
| a) evaluarea inițială a cazului nou <sup>*4)</sup>                                                                                                                                                                                                | X | X | X |
| a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                                 |   |   |   |
| a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC                                                                                                                                             |   |   |   |
| a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi                                                                                                                                                                                  |   |   |   |
| b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) <sup>*5)</sup> |   |   |   |
| B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:                                                                                                                                                                                                  | X | X | X |
| 1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) <sup>*6)</sup>                                                                                                                            | X | X | X |
| a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
| b) la 1 lună - la domiciliul copilului                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |
| c) la 2 luni                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |
| d) la 4 luni                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |
| e) la 6 luni                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |
| f) la 9 luni                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |
| g) la 12 luni                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| h) la 15 luni                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| i) la 18 luni                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| j) la 24 luni                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| k) la 36 luni                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;                                                                                                                                                                                      |   |   |   |
| 2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei <sup>*7)</sup> :                                                                                                                                                            | X | X | X |
| a) luarea în evidență în primul trimestru;                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |
| b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.                                                                                                                                                                                       |   |   |   |
| c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;                                                                                                                                                                |   |   |   |
| d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;                                                                                                                                                                                 |   |   |   |
| e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |
| 3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic                                                                                                                                                               |   |   |   |
| a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice                                                                                                                                                                                |   |   |   |
| b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt <sup>*8)</sup>                                                                                                                                         |   |   |   |
| c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice <sup>*9)</sup>                                                                                                                                                                         |   |   |   |
| C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR <sup>*10)</sup>                                                                                                                                                                                         | X | X | X |
| 1. consultații pentru situații de urgență                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |
| 2. episod acut/subacut/acuteizări ale bolilor cronice                                                                                                                                                                                             |   |   |   |
| 3. boli cronice                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |
| 4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie                                                                                                                                                                    | X | X | X |
| a) evaluarea inițială a cazului nou:                                                                                                                                                                                                              | X | X | X |
| a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                                 |   |   |   |
| a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC                                                                                                                                             |   |   |   |
| a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi                                                                                                                                                                                  |   |   |   |
| b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)                |   |   |   |
| 5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului                                                                                                                                                   |   |   |   |
| D. SERVICII MEDICALE DE CONSULTAȚII ȘI DIAGNOSTIC CE POT FI FURNIZATE LA DISTANȚĂ PRIN SISTEME DE TELEMEDICINĂ RURALĂ DEZVOLTATE DE MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII <sup>*11)</sup>                                                                          | X | X | X |
| a) efectuate la cabinet                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |

|                           |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|
| b) efectuate la domiciliu |   |   |   |
| TOTAL PACHET              | X | X | X |
|                           | X |   |   |

Precizări:

\*1)conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*2)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*3)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*4)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*5)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*6)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*7)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*8)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*9)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*10)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*11)conform lit. B punctul 1 NOTA subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/ cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

**9.2.** Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

| Nr. Crt. | Numele și prenume | Cod numeric personal/ Cod unic de identificare | Statul cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății | Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 9.1 <sup>*1)</sup> | Nr. Puncte/asigurat caz nou-confirmat din col. 5 <sup>*2)</sup> | Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 5 | Specialitatea medicului din col. 7 | nr. contractului încheiat de medicul din col. 7 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală) |
|----------|-------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | 2                 | 3                                              | 4                                                                                                                                  | 5                                                                                                                                                                     | 6                                                               | 7                                                                                  | 8                                  | 9                                                                                                         |
| 1.       |                   |                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       | 5,5                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| 2.       |                   |                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       | 5,5                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| 3.       |                   |                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       | 5,5                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| ...      |                   |                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       | ...                                                             |                                                                                    |                                    |                                                                                                           |
| TOTAL    | X                 | X                                              | X                                                                                                                                  | X                                                                                                                                                                     |                                                                 | X                                                                                  | X                                  | X                                                                                                         |

\*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

\*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. **388/186/2015**; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

**9.3.** Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.1

| Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 9.1 | Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 6 din tabelul 9.2 | Total număr de puncte lunar |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1                                                                          | 2                                                                              | 3=1+2                       |
|                                                                            |                                                                                |                             |

#### **10.**

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4.3 + total pct. 5 + total pct. 6 + total pct.7 + total pct.8.3 + total pct.9.3

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**11.** Recalcularea numărului de puncte pe serviciu în raport cu gradul profesional:

| Număr puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" | Majorarea/diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare) | Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1.                                                                                                                               | 2.                                                                                                                             | 3.                                              |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                |                                                 |

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 1-d) se întocmesc în câte 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

### **ANEXA nr. 1<sup>e</sup>: Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate**

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Situația punctajului în asistența medicală primară trimestrul ..... pentru stabilirea valorii definitive a punctului "per capita" și a unui punct pentru plata pe serviciu medical

| Luna                                                         | Număr puncte pe trimestru                                                          |                                                     |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                              | Total puncte* <sup>1)</sup> "per capita" ajustate luate în calculul drepturilor *) | Puncte* <sup>1)</sup> pentru servicii medicale ***) |
| 1                                                            | 2                                                                                  | 3                                                   |
|                                                              |                                                                                    |                                                     |
|                                                              |                                                                                    |                                                     |
|                                                              |                                                                                    |                                                     |
| TOTAL                                                        |                                                                                    |                                                     |
| Nr. puncte* <sup>1)</sup> raportate în plus sau în minus **) |                                                                                    |                                                     |

\*1) Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0

\*) Se va trece total col. 7 din tabelul de la pct. 2 sau total col. 5 din tabelul de la pct. 3 după caz, cuprinse în anexa 1<sup>d</sup>)

\*\*) Se va trece cu plus numărul de puncte omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz); se va trece cu minus numărul de puncte raportate eronat în plus într - un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de puncte raportată.

\*\*\*) Se va trece totalul general puncte pe serviciu din col. 3 din tabelul de la punctul 11 din anexa 1<sup>d</sup>)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 1<sup>e</sup> se întocmește trimestrial în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

**ANEXA nr. 1<sup>f</sup>: Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/ zonă urbană și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete**

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

| Număr de zile lucrătoare ale lunii | Număr zile lucrate | Venit lunar*) | Suma pentru chelt. de administrare și funcționare a cabinetului **) col.3 x 1,5 | Total sume luate în calculul drepturilor (col.3 + col.4) x col.2./col.1 |
|------------------------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                 | 2.                 | 3.            | 4.                                                                              | 5.                                                                      |
|                                    |                    |               |                                                                                 |                                                                         |

Pentru întreaga lună lucrată col.2/col.1 = 1

\*) Conform art. 14 lit. a) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. [400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Conform art. 14 lit. b) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. [400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

**NOTĂ:**

Formularul din Anexa 1<sup>f</sup> se întocmește de casa de asigurări de sănătate într-un singur exemplar pentru fiecare medic de familie nou venit și stă la baza completării Anexei 1<sup>g</sup>.

**ANEXA nr. 1<sup>g</sup>: Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Situația cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, trimestrul .....

| Luna                                                | Număr medici | Cheltuieli de personal <sup>*)</sup> | Sume pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului <sup>**)</sup> | Total sume |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.                                                  | 2.           | 3.                                   | 4.                                                                                 | 5=3+4      |
|                                                     |              |                                      |                                                                                    |            |
|                                                     |              |                                      |                                                                                    |            |
|                                                     |              |                                      |                                                                                    |            |
| TOTAL                                               |              |                                      |                                                                                    |            |
| Sume raportate în plus sau în minus <sup>***)</sup> |              |                                      |                                                                                    |            |

<sup>\*)</sup> Cheltuielile de personal reprezintă un venit echivalent cu media între salariul maxim și cel minim prevăzut în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*\*)</sup> Conform art. 14 lit. b) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. [400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare.

<sup>\*\*\*)</sup> Se vor trece cu plus sumele omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz); se vor trece cu minus sumele raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de sumă raportată.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 1<sup>g</sup> se întocmește trimestrial în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

**ANEXA nr. 1<sup>h</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie .....

(nume, prenume)

CNP medic de familie .....

DESFĂȘURĂTORUL ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE NOU VENIT\*)

LUNA ..... ANUL .....

|                                      |                                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Număr zile lucrătoare din luna ..... | Număr zile lucrate de medicul de familie nou venit |
|                                      |                                                    |

\*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 3 luni au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 14 din Anexa nr. 2 la H.G. nr. **400/2014**, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 1<sup>h</sup> se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

#### **ANEXA nr. 1<sup>i</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie .....

(nume, prenume)

CNP medic de familie .....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA " PER CAPITA"

LUNA ..... ANUL .....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA" ȘI ACORDATE ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

| Denumirea serviciului medical*)                                                                        | Număr servicii medicale | Nr. CNP - uri beneficiare/ Coduri unice de identificare | Număr servicii medicale | Nr. Coduri unice de identificare - beneficiare/ numere de identificare personale (pentru titularii formularelor/ documentelor europene) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"                                                     |                         |                                                         |                         |                                                                                                                                         |
| 1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală                                  |                         |                                                         |                         |                                                                                                                                         |
| 2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare |                         |                                                         |                         |                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz)                         |   |   |   |   |
| 3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:                                                                                                                                                                              | x | x | x | x |
| a) consilierea femeii privind planificarea familială;                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |
| b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| 4. Activități de suport - eliberare de documente medicale:                                                                                                                                                                                         | x | x | x | x |
| a) certificate de concediu medical                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |
| b) bilete de trimitere                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |
| c) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |
| d) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului                                                                                                                           |   |   |   |   |
| e) documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate                                                                                                                                                              |   |   |   |   |
| f) prescripții medicale                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 5. Servicii de administrare de medicamente                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |
| II. CONSULTAȚIILE PREVĂZUTE LA SUBPUNCTELE 1.1.2, 1.1.3, 1.3 ȘI 1.4.2 DE LA LITERA B DIN ANEXA 1 LA ORDINUL NR. <a href="#">388/186/2015</a> CARE DEPĂȘESC LIMITELE PREVĂZUTE LA ART. 1 ALIN. (3) LIT. B) DIN ANEXA 2 LA ACELAȘI ORDIN, RESPECTIV: | x | x | x | x |
| A. Servicii medicale curative                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |
| 1. Consultația în caz de boală:                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| a) consultație pentru afecțiuni acute                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |
| b) consultație pentru afecțiuni subacute                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |
| c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |
| 2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |
| B. Consultații la domiciliul asiguraților                                                                                                                                                                                                          | X | X | X | X |
| 1. urgență                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |
| 2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |
| 3. boli cronice                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| 4. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului                                                                                                                                                    |   |   |   |   |
| C. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății                                                                                           | X | X | X | X |
| a) efectuate la cabinet                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| b) efectuate la domiciliu                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |

\*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1<sup>i</sup> se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru



furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

**ANEXA nr. 1<sup>j</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie .....

(nume, prenume)

CNP medic de familie .....

BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - A CĂROR CONTRAVALOARE SE SUPOARTĂ DE CĂTRE FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.      | Bilet de trimitere (serie, nr. ) | CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *) | Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice | Tipul investigației paraclinice recomandate**)/ (codul) |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| C1            | C2                               | C3                                                               | C4                                                            | C5                                                      |
|               |                                  |                                                                  |                                                               | ....                                                    |
| TOTAL         |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                       |
|               |                                  |                                                                  |                                                               | ....                                                    |
| TOTAL         |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                       |
| TOTAL GENERAL |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                       |

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1<sup>j</sup> se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

**ANEXA nr. 2<sup>a</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului .....

Medic de specialitate/competență/atestat ..... (nume prenume)

CNP medic de specialitate .....

**1.1.** Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de baza, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic LUNA  
..... ANUL .....

| Nr. crt. | Specialitatea/competență/atestat de studii complementare*) .....                                                                                                                                                          | Număr consultații/ servicii pe zi |   |     |    |    | Total Consultații/ servicii diagnostice și terapeutice | Nr. puncte**) pe tip de: consultație/serviciu diagnostic și terapeutic | Nr. total puncte |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|-----|----|----|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------|
|          |                                                                                                                                                                                                                           | 1                                 | 2 | ... | 30 | 31 |                                                        |                                                                        |                  |
| C1       | C2                                                                                                                                                                                                                        | C3                                |   |     |    |    | C4                                                     | C5                                                                     | C6 = C4 x C5     |
| A.       | Consultații**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:                                                                                                                                                         |                                   |   |     |    |    | X                                                      | X                                                                      | X                |
| 1        | Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale bolilor cronice:                                                                                                              |                                   |   |     |    |    |                                                        | X                                                                      |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
| 2        | Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz): |                                   |   |     |    |    |                                                        | X                                                                      |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
| 3        | Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice - consultații acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz:        |                                   |   |     |    |    |                                                        | X                                                                      |                  |
| 3.1.     | HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2                                                                                                                                                                                 |                                   |   |     |    |    | X                                                      | X                                                                      | X                |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
| 3.2      | boli respiratorii cronice: astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)                                                                                                                                  |                                   |   |     |    |    | X                                                      | X                                                                      | X                |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
| 3.3.     | boala cronică de rinichi                                                                                                                                                                                                  |                                   |   |     |    |    | X                                                      | X                                                                      | X                |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
| 4.       | Consultație medicală de specialitate pentru situațiile de urgență medico - chirurgicală:                                                                                                                                  |                                   |   |     |    |    |                                                        | X                                                                      |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
|          |                                                                                                                                                                                                                           |                                   |   |     |    |    |                                                        |                                                                        |                  |
| 5.       | Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și                                                                                                             |                                   |   |     |    |    |                                                        | X                                                                      |                  |

[illegible]

|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
| 19.   | Consultații**) pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și leuziei:                |  |  |  |  |  |   | X |   |
| 19.a. | Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii:                              |  |  |  |  |  |   | X |   |
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
| 19.b. | Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a leuziei:                               |  |  |  |  |  |   | X |   |
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
| C.    | Servicii de sănătate conexe actului medical**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază: |  |  |  |  |  | X | X | X |
| 20.   | Servicii de sănătate conexe:                                                                      |  |  |  |  |  |   | X |   |
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
|       |                                                                                                   |  |  |  |  |  |   |   |   |
|       | TOTAL GENERAL                                                                                     |  |  |  |  |  |   | X |   |

\*) sunt cele prevăzute la litera B punctele 2 și 7 din anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*\*) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 subpct. 1.1. - 1.5 și pct. 6 din Anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Tipurile de servicii diagnostice și terapeutice (procedurile diagnostice și terapeutice) și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 subpct. 1.6., în tabelul de la subpct. 1.6.2 din anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pctul 1, subpct. 1.7. din Anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Tipurile de consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și leuziei și punctajele aferente sunt cele prevăzute la lit. B pct. 1 subpct. 1.8 și pct. 6 din anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) sunt cele prevăzute la litera B, ultima teză de la pct. 6 din anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

NOTA: Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>a</sup> se întocmesc lunar în câte două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>a</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./ NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/ COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAȚIILOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE LUNA ..... ANUL .....**

| Nr. crt. | CNP/ Număr de identificare | Număr de înregistrare în | Nr. consultații | Nr. consultații medicale de | Consultația medicală de specialitate pentru asigurații | Nr. consultații | Nr. consultații | Nr. consultații | c |
|----------|----------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|
|----------|----------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|

|       | personal/<br>Cod unic<br>de<br>identificare | documentele<br>de evidență<br>de la nivelul<br>cabinetului | medicale<br>de<br>specialitate<br>pentru<br>episoade<br>de boală<br>acută/<br>subacută/<br>acutizări<br>ale bolilor<br>cronice | specialitate<br>pentru asigurații<br>cu afecțiuni<br>cronice (fără<br>consultațiile<br>acordate<br>asiguraților cu<br>bilet de<br>trimitere de la<br>MF pentru<br>consultație în<br>cadru<br>managementului<br>de caz): | cu afecțiuni cronice -<br>consultații acordate pe baza<br>biletului de trimitere de la MF |                                                                |                                   | medicale<br>pentru<br>situații de<br>urgență<br>medico -<br>chirurgicală | medicale<br>pentru<br>depistarea<br>bolilor cu<br>potențial<br>endemo-<br>epidemic<br>(caz<br>suspicionat<br>și<br>confirmat) | furnizate la<br>distanță prin<br>sisteme de<br>telemedicină<br>rurală |
|-------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|       |                                             |                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         | HTA,<br>dislipidemie<br>și diabet<br>zaharat tip<br>2                                     | boli<br>respiratorii<br>cronice:<br>astm<br>bronșic și<br>BPOC | boala<br>cronică<br>de<br>rinichi |                                                                          |                                                                                                                               |                                                                       |
| C1    | C2                                          | C3                                                         | C4                                                                                                                             | C5                                                                                                                                                                                                                      | C6                                                                                        | C7                                                             | C8                                | C9                                                                       | C10                                                                                                                           | C11                                                                   |
|       |                                             |                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |                                                                |                                   |                                                                          |                                                                                                                               |                                                                       |
|       |                                             |                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |                                                                |                                   |                                                                          |                                                                                                                               |                                                                       |
| TOTAL |                                             |                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |                                                                |                                   |                                                                          |                                                                                                                               |                                                                       |

\*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele prevăzute la litera B din anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "1" din tab. 1.1

Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "2" din tab. 1.1

Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.1" din tab. 1.1

Total col. C7 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.2" din tab. 1.

Total col. C8 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.3" din tab. 1.1

Total col. C9 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "4" din tab. 1.1

Total col. C10 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "5" din tab. 1.1

Total col. C11 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "6" din tab. 1.1

Total col. C12 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "7" din tab. 1.1

Total col. C13 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "8" din tab. 1.1

Total col. C14 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "9" din tab. 1.1

Total col. C15 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "10" din tab. 1.1

Total col. C16 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "11" din tab. 1.1

Total col. C17 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "12" din tab. 1.1

Total col. C18 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "13" din tab. 1.1

Total col. C19 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "14" din tab. 1.1

Total col. C20 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "15" din tab. 1.1

Total col. C21 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "16" din tab. 1.1

Total col. C22 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "17" din tab. 1.1

Total col. C23 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "18" din tab. 1.1

Total col. C24 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "19.a" din tab. 1.1

Total col. C25 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "19.b" din tab. 1.1

Total col. C26 din tab. 1.2 = col. C4 lit. C poz. "20" din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>a</sup> se întocmesc lunar în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>a</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**ANEXA nr. 2<sup>b</sup>:**

**(1)**\_

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului .....

Medic de specialitate ..... (nume prenume) .....

CNP medic de specialitate .....

**1.1.** Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.      | Specialitatea*) .....                                                                                      | Număr consultații pe zi |   |      |    |    | Total consultații | Nr. puncte**) pe consultație | Nr. total puncte |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|------|----|----|-------------------|------------------------------|------------------|
|               |                                                                                                            | 1                       | 2 | .... | 30 | 31 |                   |                              |                  |
| C1            | C2                                                                                                         | C3                      |   |      |    |    | C4                | C5                           | C6 = C4 x C5     |
|               | Consultații în cadrul pachetului minimal:                                                                  | X                       | X | X    | X  | X  | X                 | X                            | X                |
| 1.            | - consultație medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală                                      |                         |   |      |    |    |                   |                              |                  |
| 2.            | - consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat) |                         |   |      |    |    |                   |                              |                  |
| 3.            | - consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuzei                                               | X                       | X | X    | X  | X  | X                 | X                            | X                |
| 3.a.          | - consultații de supraveghere a evoluției sarcinii                                                         |                         |   |      |    |    |                   |                              |                  |
| 3.b.          | - consultație de supraveghere a leuzei                                                                     |                         |   |      |    |    |                   |                              |                  |
| TOTAL GENERAL |                                                                                                            |                         |   |      |    |    |                   | X                            |                  |

\*) Specialitățile sunt cele prevăzute la lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr.

**388/186/2015**

\*\*) Conform lit. B pct. 6 din anexa 7 la Ordinul nr. **388/186/2015**

**1.2.** Desfășurător pe C.N.P./număr de identificare personal al consultațiilor cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale, acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate  
LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare | Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului | Pachetul minimal de servicii medicale*)                             |                                                                                                            |                                                            |                                      |
|----------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|          |                                                              |                                                                            | Consultații medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală | Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo - epidemic (caz suspionat și confirmat) | Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuzei |                                      |
| C1       | C2                                                           | C3                                                                         | C4                                                                  | C5                                                                                                         | Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii           | Consultații de supraveghere a leuzei |
|          |                                                              |                                                                            |                                                                     |                                                                                                            |                                                            |                                      |
|          |                                                              |                                                                            |                                                                     |                                                                                                            |                                                            |                                      |
| TOTAL    |                                                              |                                                                            |                                                                     |                                                                                                            |                                                            |                                      |

\*) Consultațiile sunt cele cf. lit. A pct. 1 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. **388/186/2015**.

Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 1.1

Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 1.1

Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3.a din tab. 1.1

Total col. C7 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3.b din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

**2.1.** Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Specialitatea*) .....                                                                                         | Număr consultații pe zi |   |     |    |    | Total consultații | Nr. puncte**) pe consultație | Nr. total puncte |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|-----|----|----|-------------------|------------------------------|------------------|
|          |                                                                                                               | 1                       | 2 | ... | 30 | 31 |                   |                              |                  |
| C1       | C2                                                                                                            | C3                      |   |     |    |    | C4                | C5                           | C6= C4 x C5      |
|          | Consultații în cadrul pachetului de servicii:                                                                 |                         |   |     |    |    | X                 | X                            | X                |
| 1.       | - consultație medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală                                         |                         |   |     |    |    |                   |                              |                  |
| 2.       | - consultație medicală-pentru depistarea bolilor cu potențial endemo - epidemic (caz suspionat și confirmat)  |                         |   |     |    |    |                   |                              |                  |
| 3.       | - consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale bolilor cronice |                         |   |     |    |    |                   |                              |                  |
|          | TOTAL GENERAL                                                                                                 |                         |   |     |    |    |                   | X                            |                  |

\*) Specialitățile sunt cele de la lit. B punctul 2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Conform lit. B pct. 6 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#).

**2.2.** DESFĂȘURĂTOR PE NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAȚIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Număr de identificare personal/<br>Cod unic de identificare | Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului | Pachetul de servicii medicale*)                                       |                                                                                                            |                                                                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                             |                                                                            | Consultații medicale - pentru situații de urgență medico-chirurgicală | Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo - epidemic (caz suspionat și confirmat) | Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale bolilor cronice |
| C1       | C2                                                          | C3                                                                         | C4                                                                    | C5                                                                                                         | C6                                                                                                          |
|          |                                                             |                                                                            |                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                             |
|          |                                                             |                                                                            |                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                             |
| TOTAL    |                                                             |                                                                            |                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                             |

\*) Consultațiile sunt cele cf. lit. C pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Total col. C4 din tab. 2.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 2.1

Total col. C5 din tab. 2.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 2.1

Total col. C6 din tab. 2.2 = col. C4 rândul 3 din tab. 2.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**☐(2)NOTĂ:**

**1.** Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>b</sup> - de la pct. 2.1 și 2.2 se completează distinct pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, fără a se completa rubricile aferente consultației medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale bolilor cronice (pentru pacienții care beneficiază numai de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1.1. și 1.2. din Anexa 7 la Ordinul [388/186/2015](#))

**2.** Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>b</sup> se întocmesc lunar în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>b</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**☐ANEXA nr. 2<sup>c</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Localitate .....

Județ .....

Furnizor de servicii medicale .....

Reprezentantul legal al furnizorului .....

Medic de specialitate ..... (nume prenume) .....

CNP medic de specialitate .....

Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) lit. a) și b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*) |                                                                |                                    | Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea **) | Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional ***) | Nr. total puncte realizate pe lună |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Total din care:                                                                                     | Puncte aferente consultațiilor și serviciilor medicale clinice | Puncte aferente serviciilor conexe |                                                                                        |                                                               |                                    |
| C1                                                                                                  | C2                                                             | C3                                 | C4                                                                                     | C5                                                            | C6 = C1 +C4 +C5                    |
|                                                                                                     |                                                                |                                    |                                                                                        |                                                               |                                    |

\*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2<sup>a</sup>) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2<sup>b</sup>) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 2.1. al Anexei 2<sup>b</sup>)

\*\*) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C4= col. C2 x % de majorare

\*\*\*) col. C5 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....



NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2<sup>c</sup> se întocmește lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>c</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

#### ANEXA nr. 2<sup>d</sup>:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru stabilirea VALORII DEFINITIVE A PUNCTULUI PE SERVICIU

Situația punctajului în asistența medicală ambulatorie de specialitate - Trimestrul ..... Anul .....

| Luna                                                                                   | Total puncte <sup>*1)</sup> pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                     | 2.                                                                                                   |
| I.                                                                                     |                                                                                                      |
| II.                                                                                    |                                                                                                      |
| III.                                                                                   |                                                                                                      |
| TOTAL                                                                                  |                                                                                                      |
| Nr. Puncte <sup>*1)</sup> raportate în plus sau în minus într-un trimestru anterior *) |                                                                                                      |

\*1) Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0;

\*) Se va trece cu plus numărul de puncte omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz); se va trece cu minus numărul de puncte raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de puncte raportată.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 2<sup>d</sup> se întocmește trimestrial în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

#### ANEXA nr. 2<sup>e</sup>:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

RAPOARTELE DE ACTIVITATE ÎNTOCMITE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂȚILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCȚIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ\*)

\_\_\_\_\_

\*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

PRECIZARE:

Rapoartele de la pct. 1 se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1A, 1.1B și 1.1C, tabelele 1.2A, 1.2B și 1.2C și tabelele 1.3A, 1.3B și 1.3C din Anexa 3<sup>h</sup> și tabelul din Anexa 3<sup>i</sup>.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

NOTĂ:

Formularele se transmit de la casa de asigurări de sănătate către unitățile sanitare.

**Anexa nr. 2<sup>f</sup>:**

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

RAPOARTELE PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂȚILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCȚIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ\*)

\*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

PRECIZARE:

Rapoartele de la pct. 1 se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1A, B și C, tabelele 1.2A, B și C și tabelele 1.3A, B și C din Anexa 3<sup>i</sup>.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Anexa nr. 2<sup>g</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**(1)**

**1.** Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. Crt. | Tipul investigației paraclinice*)/(codul) | Total investigații paraclinice efectuate | Tarif decontat/investigație paraclinică**) | Suma (lei) |
|----------|-------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|
| C1       | C2                                        | C3                                       | C4                                         | C5=C3xC4   |
|          |                                           |                                          |                                            |            |
| TOTAL    |                                           |                                          | X                                          |            |

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

\*\*) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

**2.** Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice - analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază, care nu se decontează de casele de

asigurări de sănătate, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor preventive

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. Crt. | Tipul investigației paraclinice <sup>*)</sup> /(codul) | Total investigații paraclinice efectuate | Tarif investigație paraclinică <sup>**)</sup> | Suma (lei) |
|----------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|
| C1       | C2                                                     | C3                                       | C4                                            | C5=C3xC4   |
|          |                                                        |                                          |                                               |            |
| TOTAL    |                                                        |                                          | X                                             |            |

<sup>\*)</sup> Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

<sup>\*\*) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)</sup>

**3.** Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. Crt. | Tipul investigației paraclinice <sup>*)</sup> /(codul) | Total investigații paraclinice efectuate | Tarif decontat/investigație paraclinică <sup>**)</sup> | Suma (lei) |
|----------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|
| C1       | C2                                                     | C3                                       | C4                                                     | C5=C3xC4   |
|          |                                                        |                                          |                                                        |            |
| TOTAL    |                                                        |                                          | X                                                      |            |

<sup>\*)</sup> Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

<sup>\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)</sup>

Formularul nu va include investigațiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internați.

**4.** Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. Crt. | Tipul investigației paraclinice <sup>*)</sup> /(codul) | Total investigații paraclinice efectuate | Tarif decontat/investigație paraclinică <sup>*)</sup> | Suma (lei) |
|----------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|
| C1       | C2                                                     | C3                                       | C4                                                    | C5=C3xC4   |
|          |                                                        |                                          |                                                       |            |
| TOTAL    |                                                        |                                          | X                                                     |            |

<sup>\*)</sup> Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

<sup>\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)</sup>

**5.** Desfășurătorul pe CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare al asiguraților pacienților care au beneficiat de investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate/ medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. Crt.                                                                                                                      | CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *) | Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul) | Numărul investigațiilor paraclinice |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| C1                                                                                                                            | C2                                                               | C3                                                   | C4                                  |
|                                                                                                                               |                                                                  |                                                      |                                     |
|                                                                                                                               |                                                                  |                                                      |                                     |
| Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare identificare |                                                                  |                                                      |                                     |
|                                                                                                                               |                                                                  |                                                      |                                     |
| TOTAL                                                                                                                         |                                                                  | X                                                    |                                     |

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.

NOTĂ:

1.În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, se vor atașa și copii ale fișelor de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicilor cu specialitatea ATI.

2.Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 4)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**6.**Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu/ medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.      | Bilet de trimitere (serie, nr. ) | CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *) | Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice | Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul) | Tarif/ investigație paraclinică ***) | Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei) |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| C1            | C2                               | C3                                                               | C4                                                            | C5                                                   | C6                                   | C7=C5xC6                                                                   |
|               |                                  |                                                                  |                                                               |                                                      |                                      |                                                                            |
|               |                                  |                                                                  |                                                               | ...                                                  | ...                                  | ...                                                                        |
| TOTAL         |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                    | X                                    |                                                                            |
|               |                                  |                                                                  |                                                               | ...                                                  | ...                                  | ...                                                                        |
| TOTAL         |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                    | X                                    |                                                                            |
| TOTAL GENERAL |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                    | X                                    |                                                                            |

\*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru

pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

\*\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**7.** Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice - analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor preventive, care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.      | Bilet de trimitere (serie, nr. ) | CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *) | Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice | Tipul investigației paraclinice efectuate**)/ (codul) | Tarif/ investigație paraclinică ***) | Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei) |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| C1            | C2                               | C3                                                               | C4                                                            | C5                                                    | C6                                   | C7=C5xC6                                                                   |
|               |                                  |                                                                  |                                                               | ...                                                   | ...                                  |                                                                            |
| TOTAL         |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                     | X                                    |                                                                            |
|               |                                  |                                                                  |                                                               | ...                                                   | ...                                  |                                                                            |
| TOTAL         |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                     | X                                    |                                                                            |
| TOTAL GENERAL |                                  | X                                                                | X                                                             | X                                                     | X                                    |                                                                            |

\*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

\*\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**(2) NOTĂ:**

**1.** Desfășurătoarele din anexa 2<sup>9</sup> se întocmesc lunar în câte două exemplare, dintre care câte unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2<sup>9</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**2.** Desfășurătoarele din anexa 2<sup>9</sup> se completează și de spitale pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu de laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în structura acestora, inclusiv de cele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor

**3.** Desfășurătoarele din anexa 2<sup>9</sup> se completează după caz și de:

- furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale clinice (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu)
- furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu)
- furnizorii de servicii de medicină dentară în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu)

**4.** Tabelele 1 și 4 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografii generale (abdomen și pelvis), EKG și spirometrie efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.

#### **ANEXA nr. 2<sup>h</sup>:**

|                                       |                                         |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Casa de asigurări de sănătate .....   | Reprezentant legal .....                | Medic de medicină dentară/dentist ..... |
| Furnizorul de servicii medicale ..... | Medic de medicină dentară/dentist ..... | (nume prenume)                          |
| Localitatea .....                     | (nume prenume)                          | Grad profesional medic .....            |
| Județul .....                         | Grad profesional medic .....            | CNP medic/dentist .....                 |
|                                       | CNP medic/dentist .....                 |                                         |

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA copii 0 -18 ANI**  
**LUNA ..... ANUL .....**

| Nr. crt. | Nr. Fișa sau Registru consultații | CNP asigurat/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare | Cod *) serviciu | Cod formulă dentară**) | Total servicii/ luna | Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A | Total sumă realizată***) (lei) |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| C1       | C2                                | C3                                                                    | C4              | C5                     | C6                   | C7                                               | C8 = C6 x C7                   |
|          |                                   |                                                                       |                 |                        |                      |                                                  |                                |
|          |                                   |                                                                       |                 |                        |                      |                                                  |                                |
| TOTAL    |                                   |                                                                       | X               | X                      |                      | X                                                |                                |

\*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. **388/186/2015**

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2<sup>h</sup> se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un

exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2<sup>h</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

#### **ANEXA nr. 2<sup>i</sup>:**

|                                       |                                         |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Casa de asigurări de sănătate .....   | Reprezentant legal .....                | Medic de medicină dentară/dentist ..... |
| Furnizorul de servicii medicale ..... | Medic de medicină dentară/dentist ..... | (nume prenume)                          |
| Localitatea .....                     | (nume prenume)                          | Grad profesional medic .....            |
| Județul .....                         | Grad profesional medic .....            | CNP medic/dentist .....                 |
|                                       | CNP medic/dentist .....                 |                                         |

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI**

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Nr. Fișa sau Registru consultații | CNP asigurat/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare | Cod*) serviciu | Cod formulă dentară**) | Total servicii/luna | Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A | % decontat de CAS***) | Total sumă realizată****) (lei) |
|----------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| C1       | C2                                | C3                                                                     | C4             | C5                     | C6                  | C7                                               | C8                    | C9 = C6 x C7 x C8               |
|          |                                   |                                                                        |                |                        |                     |                                                  |                       |                                 |
|          |                                   |                                                                        |                |                        |                     |                                                  |                       |                                 |
| TOTAL    |                                   |                                                                        | X              | X                      |                     | X                                                | X                     |                                 |

\*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*\*) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. **388/186/2015**

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**NOTĂ:** Desfășurătorul din Anexa 2<sup>i</sup> se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2<sup>i</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

#### **ANEXA nr. 2<sup>j</sup>:**

|                                       |                                         |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Casa de asigurări de sănătate .....   | Reprezentant legal .....                | Medic de medicină dentară/dentist ..... |
| Furnizorul de servicii medicale ..... | Medic de medicină dentară/dentist ..... | (nume prenume)                          |
| Localitatea .....                     | (nume prenume)                          | Grad profesional medic .....            |
| Județul .....                         | Grad profesional medic .....            | CNP medic/dentist .....                 |
|                                       | CNP medic/dentist .....                 |                                         |

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA BENEFICIARILOR LEGILOR SPECIALE**

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Nr. Fișa sau Registru consultații | CNP asigurat/ Cod unic de identificare | Cod*) serviciu | Cod formulă dentară**) | Total servicii/luna | Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A | % decontat de CAS***) | Total sumă realizată****) (lei) |
|----------|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| C1       | C2                                | C3                                     | C4             | C5                     | C6                  | C7                                               | C8                    | C9 = C6 x C7 x C8               |
|          |                                   |                                        |                |                        |                     |                                                  |                       |                                 |
|          |                                   |                                        |                |                        |                     |                                                  |                       |                                 |
|          |                                   |                                        |                |                        |                     |                                                  |                       |                                 |
|          |                                   |                                        |                |                        |                     |                                                  |                       |                                 |
| TOTAL    |                                   |                                        | X              | X                      |                     | X                                                | X                     |                                 |

\*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*\*) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015** coroborat cu precizările de la lit. A pct. 7 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. **388/186/2015**

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2<sup>j</sup> se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2<sup>j</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

## **ANEXA nr. 2<sup>k</sup>:**

|                                       |                                         |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Casa de asigurări de sănătate .....   | Reprezentant legal .....                | Medic de medicină dentară/dentist ..... |
| Furnizorul de servicii medicale ..... | Medic de medicină dentară/dentist ..... | (nume prenume)                          |
| Localitatea .....                     | (nume prenume)                          | Grad profesional medic .....            |
| Județul .....                         | Grad profesional medic .....            | CNP medic/dentist .....                 |
|                                       | CNP medic/dentist .....                 |                                         |

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ**

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Nr. Fișa sau Registru consultații | CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare | Cod*) serviciu | Cod formulă dentară**) | Total servicii/luna | Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A | Total sumă realizată****) (lei) |
|----------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| C1       | C2                                | C3                                                          | C4             | C5                     | C6                  | C7                                               | C8 = C6 x C7                    |
|          |                                   |                                                             |                |                        |                     |                                                  |                                 |
|          |                                   |                                                             |                |                        |                     |                                                  |                                 |
| TOTAL    |                                   |                                                             | X              |                        |                     | X                                                |                                 |

\*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**



\*\*) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la lit. A, pct. 2 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. **388/186/2015**

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2<sup>k</sup> se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2<sup>k</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

### ANEXA nr. 2<sup>l</sup>:

Casa de asigurări de sănătate .....

Reprezentantul legal al furnizorului .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Medic de specialitate .....

Localitatea .....

CNP medic de specialitate .....

**1.1.** Desfășurător lunar al serviciilor medicale de reabilitare medicală - consultații din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală, în cabinete medicale

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.      | Tip consultații*)                                                          | Nr. consultații medicale de reabilitare medicală/ zi |   |     |    |    | TOTAL consultații medicale de reabilitare medicală | Tarif **) pe consultație                                                            |                                                                                                  | Tarif ****) pe consultație majorat cu 20% | Sumă ****) (lei)                                                                                                                         |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|-----|----|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                            | 1                                                    | 2 | ... | 30 | 31 |                                                    | Tarif**) consultație care nu include proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente | Tarif**) consultație care include minim două proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente ***) |                                           |                                                                                                                                          |
| C0            | C1                                                                         | C2                                                   |   |     |    |    | C3                                                 | C4                                                                                  | C5                                                                                               | C6= C4 x 1,2 sau C5 x 1,2                 | - pentru consultațiile de pe rândul 1:<br>C7=C3xC4 sau<br>C7=C3xC6<br>- pentru consultațiile de pe rândul 2:<br>C7=C3xC5 sau<br>C7=C3xC6 |
| 1.            | Consultație care nu include proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente |                                                      |   |     |    |    |                                                    |                                                                                     | X                                                                                                |                                           |                                                                                                                                          |
| 2.            | consultație care include proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente    |                                                      |   |     |    |    |                                                    | X                                                                                   |                                                                                                  |                                           |                                                                                                                                          |
| TOTAL GENERAL |                                                                            |                                                      |   |     |    |    |                                                    | X                                                                                   | X                                                                                                | X                                         |                                                                                                                                          |

Total general col. C3 din tabelul 1.1 din anexa 2<sup>l</sup> = total general din col. C4 din tabelul 1.3. din anexa 2<sup>l</sup>

\*) conform art. 1 alin. (2) și (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*\*) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.10 din Anexa 10 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*\*\*) proceduri diagnostice/ terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din Anexa 10 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*\*\*\*) în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#), pentru prestația medicului primar tariful consultației contractat se majorează cu 20%

\*\*\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (13) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

**1.2. Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de reabilitare medicală - zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament**

Luna ..... Anul .....

| Nr. crt.                                                                                                                                                                    | CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare | Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului | Număr zile de tratament recomandate | Număr zile de tratament efectuate | Tarif*) pe zi de tratament | Tarif**) pe zi de tratament | Sumă ***) (lei) |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------|----------|
| C1                                                                                                                                                                          | C2                                                           | C3                                                                         | C4                                  | C5                                | C6                         | C7                          | C8=C5xC6        | C9=C5xC7 |
| 1.                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                            |                                     |                                   |                            |                             |                 |          |
| Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal                                                                                                      |                                                              |                                                                            |                                     |                                   | X                          | X                           |                 |          |
| 2.                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                            |                                     |                                   |                            |                             |                 |          |
| Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal                                                                                                      |                                                              |                                                                            |                                     |                                   | X                          | X                           |                 |          |
| TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2 + .....) |                                                              |                                                                            |                                     |                                   | X                          | X                           |                 |          |

Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2. din Anexa 2<sup>1</sup> = subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.4 din Anexa 2<sup>1</sup>

\*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de reabilitare medicală acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1, subpct. 1.12 din Anexa 10 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#), cu excepția pozițiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38 prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din Anexa 10 la ordin; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

\*\*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de reabilitare medicală acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1, subpct. 1.12 din Anexa 10 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#), cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38 prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din Anexa 10 la ordin; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (13) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>1</sup> se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>1</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.3.DESFĂȘURĂTOR PE CNP/COD UNIC DE IDENTIFICARE/NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL AL SERVICIILOR MEDICALE - CONSULTAȚII ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA REABILITARE MEDICALĂ**

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.      | CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare | Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului | consultații medicale de specialitate acordate                            |         | proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente efectuate în cadrul consultației |       |
|---------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |                                                               |                                                                            | tip consultație*)                                                        | Număr*) | Denumire***)                                                                    | Număr |
| C0            | C1                                                            | C2                                                                         | C3                                                                       | C4      | C5                                                                              | C6    |
| 1.            |                                                               |                                                                            | consultație care nu include proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente |         | X                                                                               | X     |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | X                                                                               | X     |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | X                                                                               | X     |
|               |                                                               |                                                                            | consultație care include proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente    |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
| 2.            |                                                               |                                                                            | consultație care nu include proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente |         | X                                                                               | X     |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | X                                                                               | X     |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | X                                                                               | X     |
|               |                                                               |                                                                            | consultație care include proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente    |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
|               |                                                               |                                                                            |                                                                          |         | ...                                                                             |       |
| ...           |                                                               |                                                                            |                                                                          |         |                                                                                 |       |
| TOTAL GENERAL |                                                               |                                                                            | X                                                                        |         | X                                                                               |       |

\*) conform art. 1 alin. (2) și alin. (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

\*\*) conform art. 1 alin. (7) din Anexa 11 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

\*\*\*) proceduri diagnostice/ terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din anexa 10 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

NOTA: Desfășurătoarele din anexa 2<sup>1</sup> se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>1</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.4. DESFĂȘURĂTORUL PROCEDURILOR SPECIFICE DE REABILITARE MEDICALĂ, INCLUSE ÎN ZILELE DE TRATAMENT DECONTATE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**  
LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.                                                                                                                                                           | CNP/Număr de identificare personal/cod unic de identificare | Denumire procedură*) | Număr proceduri, pe zi |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Total proceduri realizate |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------|
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |                           |
| C0                                                                                                                                                                 | C1                                                          | C2                   | C3                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | C4                        |
| 1                                                                                                                                                                  |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
| SUBTOTAL CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1                                                                                            |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
| 2                                                                                                                                                                  |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
| SUBTOTAL CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2                                                                                             |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |
| TOTAL GENERAL (Sub total CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1 + Subtotal CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2+ ) |                                                             |                      |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |

\*) conform pct. 1.3 din Anexa nr. 10 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.3.1 din Anexa nr. 10 la Ordinul nr. **388/186/2015** și art. 1 alin. (7) lit. b) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. **388/186/2015**

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTA: Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>1</sup> se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>1</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**ANEXA nr. 2<sup>m</sup>:**

**(1)**

Casa de asigurări de sănătate ..... Reprezentantul legal al furnizorului .....  
Furnizorul de servicii medicale ..... Medic cu competență/atestat de studii complementare .....  
Localitatea ..... CNP medic de specialitate .....  
Județul .....

**1.1. Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură-consultații din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic și decontate din fondul alocat asistenței medicale de rehabilitare medicală**

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare | Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului | Număr consultații de acupunctură | Tarif *) pe consultație contractat | Sumă **) (lei) |
|----------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------|
| C1       | C2                                                           | C3                                                                         | C4                               | C5                                 | C6=C4xC5       |
|          |                                                              |                                                                            |                                  |                                    |                |

|               |  |   |  |   |  |
|---------------|--|---|--|---|--|
|               |  |   |  |   |  |
| TOTAL GENERAL |  | X |  | X |  |

\*) tariful/consultație pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 10, subpct. 10.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

**1.2.** Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure finalizate) și decontate din fondul alocat asistenței medicale de reabilitare medicală

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt.                                                                                    | CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare asigurat | Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului | Număr servicii de acupunctură - cazuri finalizate (cure de tratament) | Număr zile recomandate | Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate | Tarif*) pe serviciu medical - caz | Sumă **) (lei) | Motivul întreruperii curei ***) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|---------------------------------|
| C1                                                                                          | C2                                                                    | C3                                                                         | C4                                                                    | C5                     | C6                                                        | C7                                | C8=C4x C7      | C9                              |
|                                                                                             |                                                                       |                                                                            |                                                                       |                        |                                                           |                                   |                |                                 |
|                                                                                             |                                                                       |                                                                            |                                                                       |                        |                                                           |                                   |                |                                 |
|                                                                                             |                                                                       |                                                                            |                                                                       |                        |                                                           |                                   |                |                                 |
| TOTAL GENERAL                                                                               |                                                                       |                                                                            |                                                                       |                        |                                                           | X                                 |                | X                               |
| Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4) |                                                                       |                                                                            |                                                                       |                        |                                                           |                                   | -              |                                 |

\*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 10, subpct. 10.2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#); Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea cazurilor finalizate se realizează la tariful pe serviciu medical - caz contractat; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mic de 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz rezultat conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10 ( număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#);

\*\*\*) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifica motivul întreruperii curei de tratament conform art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#);

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**(2)NOTĂ:** Desfășurătoarele din Anexa 2<sup>m</sup> se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2<sup>m</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**ANEXA nr. 2<sup>n</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**1.** Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, de acupunctură și de reabilitare medicală din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu *(la data 29-oct-2015 punctul 1. din anexa 2<sup>N</sup> modificat de Art. I, punctul 1. din Ordinul 988/2015 )*

LUNA ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Bilet de trimitere (serie, nr. ) | CNP/ Număr de identificare personal/<br>Cod unic de identificare *) | Cod parafă medic care a recomandat serviciile de acupunctură |
|----------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| C1       | C2                               | C3                                                                  | C4                                                           |
|          |                                  |                                                                     |                                                              |
|          |                                  |                                                                     |                                                              |
|          |                                  |                                                                     |                                                              |
|          |                                  |                                                                     |                                                              |

\*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**ANEXA nr. 3<sup>a</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

**1.1.** RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....

PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

| Secția       | Nr. cazuri externate și raportate la CAS | Nr. cazuri externate raportate și validate *) | Nr. cazuri externate raportate și nevalidate |
|--------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| C1           | C2                                       | C3                                            | C4=C2-C3                                     |
|              |                                          |                                               |                                              |
|              |                                          |                                               |                                              |
|              |                                          |                                               |                                              |
| TOTAL SPITAL |                                          |                                               |                                              |

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**1.2.1.** DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....

PENTRU LUNA ..... ANUL .....

| Data externării<br>(se raportează<br>în ordine<br>cronologică) -<br>zz.. ll.aa.hh | Numărul de<br>înregistrare al Foi<br>de Observație<br>Clinică Generală | Cod de<br>identificare a<br>cazului externat | Secția | Grupa<br>DRG | Valoarea relativă a<br>DRG - ului<br>corespunzător cazului | Tipul de caz<br>externat **) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------|--------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|
| C1                                                                                | C2                                                                     | C3                                           | C4     | C5           | C6                                                         | C7                           |
|                                                                                   |                                                                        |                                              |        |              |                                                            |                              |
|                                                                                   |                                                                        |                                              |        |              |                                                            |                              |
| TOTAL                                                                             | ***)                                                                   | X                                            | X      | X            |                                                            | X                            |

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de client de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externe și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul externat nevalidat
- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe și raportate la CAS;

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

# **1.2.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....**

PENTRU LUNA ..... ANUL .....

| Secția       | Nr. cazuri externe și raportate la CAS | Nr. cazuri externe raportate și validate *)                 |                                                                 | Nr. cazuri externe raportate și nevalidate |
|--------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|              |                                        | Nr. cazuri externe - fără cazuri reinternate și transferate | Nr. cazuri externe - numai cazuri reinternate și transferate**) |                                            |
| C1           | C2                                     | C3                                                          | C4                                                              | C5                                         |
|              |                                        |                                                             |                                                                 |                                            |
|              |                                        |                                                             |                                                                 |                                            |
| TOTAL SPITAL |                                        |                                                             |                                                                 |                                            |

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București,



conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. [400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....**

**PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh | Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală | Cod de identificare a cazului externat | Secția | Grupa DRG | Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului | Tipul de caz externat **) |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|-----------|------------------------------------------------------|---------------------------|
| C1                                                                     | C2                                                            | C3                                     | C4     | C5        | C6                                                   | C7                        |
|                                                                        |                                                               |                                        |        |           |                                                      |                           |
|                                                                        |                                                               |                                        |        |           |                                                      |                           |
| TOTAL                                                                  | ***)                                                          | X                                      | X      | X         | X                                                    | X                         |

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2015 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul invalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe și raportate.



NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

**1.3.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI ..... ANUL .....**

| Secția       | Nr. cazuri externate și raportate la CAS | Nr. cazuri externate raportate și validate <sup>*)</sup>      |                                                                     |                                                           | Nr. cazuri externate raportate și nevalidate |
|--------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|              |                                          | Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate | Nr. cazuri reinternate și transferate                               |                                                           |                                              |
|              |                                          |                                                               | Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză <sup>**)</sup> | Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză <sup>**)</sup> |                                              |
| C1           | C2                                       | C3                                                            | C4                                                                  | C5                                                        | C6=C2-C3-C4-C5                               |
|              |                                          |                                                               |                                                                     |                                                           |                                              |
| TOTAL SPITAL |                                          |                                                               |                                                                     |                                                           |                                              |

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. **388/186/2015**; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**ANEXA nr. 3<sup>b</sup>:**

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....**

| SECȚIA       | Nr. cazuri externate*) | ICM contractat <sup>1)</sup> | Tarif pe caz ponderat <sup>2)</sup> | Suma de plată**) |
|--------------|------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| C0           | C1                     | C2                           | C3                                  | C4= C1 x C2 x C3 |
|              |                        |                              |                                     |                  |
|              |                        |                              |                                     |                  |
| TOTAL SPITAL |                        |                              |                                     |                  |

<sup>1)</sup>Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. **388/186/2015**;

<sup>2)</sup>Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. **388/186/2015**;

\*)Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3<sup>a</sup>.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.2.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Data externării *)<br>(se raportează în<br>ordine<br>cronologică) -<br>zz.ll.aa.hh | Numărul de<br>înregistrare al Foi<br>de Observație<br>Clinică Generală | Cod de<br>identificare a<br>cazului<br>externat | Secția | Grupa<br>DRG | Valoarea relativă<br>a DRG - ului<br>corespunzător<br>cazului | Tipul de<br>caz<br>externat<br>**) | Tarif pe<br>caz<br>ponderat*) | Suma<br>realizată****) |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------|--------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| C1                                                                                 | C2                                                                     | C3                                              | C4     | C5           | C6                                                            | C7                                 | C8                            | C9                     |
|                                                                                    |                                                                        |                                                 |        |              |                                                               |                                    |                               |                        |
| TOTAL                                                                              | ***)                                                                   | X                                               | X      | X            | ****)                                                         | X                                  |                               |                        |

\*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

\*\*\*\*) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra "1" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8$ ;

cu cifra "3" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*\*\*\*\*) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTA: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite electronic cu semnătură electronică extinsă la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

**1.2.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Secția       | Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita sumei contractate <sup>*1)</sup> |                                             | Tarif pe caz ponderat <sup>*2)</sup> | Suma realizată <sup>*3)</sup> |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
|              | Fără cazuri ponderate reinternate și transferate                                                                     | Cazuri ponderate reinternate și transferate |                                      |                               |
| C1           | C2                                                                                                                   | C3                                          | C4                                   | C5                            |
|              |                                                                                                                      |                                             |                                      |                               |
|              |                                                                                                                      |                                             |                                      |                               |
| TOTAL SPITAL |                                                                                                                      |                                             | x                                    |                               |

<sup>\*2)</sup> Conform anexei 23A la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

<sup>\*3)</sup> Suma realizată se calculează conform formulei  $C5 = (C2 \times C4) + (C3 \times C4 \times 10\%)$ .

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#). Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3<sup>b</sup> corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.3.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Data externării *<br>(se raportează în ordine<br>cronologică) -<br>zz.. ll.aa.hh | Numărul de<br>înregistrare al Foi<br>de Observație<br>Clinică Generală | Cod de<br>identificare a<br>cazului<br>externat | Secția | Grupa<br>DRG | Valoarea relativă<br>a DRG - ului<br>corespunzător<br>cazului | Tipul de<br>caz<br>externat<br>**) | Tarif pe<br>caz<br>ponderat <sup>*1)</sup> | Suma<br>realizată <sup>****)</sup> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------|--------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|
| C1                                                                               | C2                                                                     | C3                                              | C4     | C5           | C6                                                            | C7                                 | C8                                         | C9                                 |
|                                                                                  |                                                                        |                                                 |        |              |                                                               |                                    |                                            |                                    |
|                                                                                  |                                                                        |                                                 |        |              |                                                               |                                    |                                            |                                    |
| TOTAL                                                                            | ***)                                                                   | x                                               | x      | x            | ****)                                                         | x                                  |                                            |                                    |

<sup>\*1)</sup> Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala

Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2015 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;  
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

\*\*\*\*) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra "1" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8$ ;

cu cifra "2" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8$ ;

cu cifra "3" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor

\*\*\*\*\*) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTA: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite electronic cu semnătură electronică extinsă la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

**1.3.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Secția | Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externe raportate și validate, în limita sumei contractate <sup>*1)</sup> |                                                                          |                                                                 | Nr. total cazuri ponderate în limita sumei contractate <sup>*1)</sup> | Tarif pe caz ponderat <sup>*2)</sup> | Suma realizată <sup>*3)</sup> |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
|        | Fără cazuri ponderate reinternate și transferate                                                                  | Cazuri ponderate reinternate și transferate                              |                                                                 |                                                                       |                                      |                               |
|        |                                                                                                                   | Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză <sup>*)</sup> | Cazuri ponderate fără avizul comisiei de analiză <sup>**)</sup> |                                                                       |                                      |                               |
| C1     | C2                                                                                                                | C3                                                                       | C4                                                              | C5= C2+C3+C4                                                          | C6                                   | C7                            |
|        |                                                                                                                   |                                                                          |                                                                 |                                                                       |                                      |                               |
|        |                                                                                                                   |                                                                          |                                                                 |                                                                       |                                      |                               |

|              |  |  |  |  |   |  |
|--------------|--|--|--|--|---|--|
| TOTAL SPITAL |  |  |  |  | X |  |
|--------------|--|--|--|--|---|--|

\*) Conform art. 9 alin. (3) și (4) din anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

\*2) Conform anexei 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

\*3) Suma realizată se calculează conform formulei  $C7 = [(C2 + C3) \times C6] + (C4 \times C6 \times 10\%)$ .

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#). Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTA: Formularul se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

### **ANEXA nr. 3<sup>c</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

**1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI .....**

PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. cazuri externate și raportate la CAS |                         | Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS |                         |
|-----------------------------|------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                             | Raportate și validate<br>**)             | Raportate și nevalidate | Raportate și validate ***)                                    | Raportate și nevalidate |
| C1                          | C2                                       | C3                      | C4                                                            | C5                      |
|                             |                                          |                         |                                                               |                         |
| TOTAL SPITAL                |                                          |                         |                                                               |                         |

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de zile de spitalizare validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. [286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2),

pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2)

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

**1.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI .....**  
**PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

**a)** \_

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. cazuri externate și<br>raportate la CAS | Nr. cazuri externate raportate și validate**) |                                          | Nr. cazuri<br>externate<br>raportate și<br>nevalidate |
|-----------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                             |                                             | Fără cazuri reinternate și<br>transferate     | Cazuri reinternate și<br>transferate***) |                                                       |
| C1                          | C2                                          | C3                                            | C4                                       | C5=C2-C3-C4                                           |
|                             |                                             |                                               |                                          |                                                       |
|                             |                                             |                                               |                                          |                                                       |
| TOTAL SPITAL                |                                             |                                               |                                          |                                                       |

\*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. **400/2014**, cu modificările și completările ulterioare;

**b)** \_

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate și raportate la CAS | Nr. zile de spitalizare efectiv realizate,<br>raportate și validate**) | Nr. zile de spitalizare<br>efectiv realizate,<br>raportate și nevalidate |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| C1                          | C2                                                               | C3                                                                     | C4=C2-C3                                                                 |
|                             |                                                                  |                                                                        |                                                                          |
| TOTAL SPITAL                |                                                                  |                                                                        |                                                                          |

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. **286/2009** privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

### **1.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI .....**

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

**a)** \_

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. cazuri<br>externate și<br>raportate la<br>CAS | Nr. cazuri externate, raportate și validate**)                       |                                                                                                        |                                                                                              | Nr. cazuri<br>externate<br>raportate și<br>nevalidate |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                             |                                                   | Nr. cazuri<br>externate fără<br>cazuri reinternate<br>și transferate | Nr. cazuri externate<br>reinternate și transferate<br>care au primit avizul<br>comisiei de analiză***) | Nr. cazuri externate<br>reinternate și<br>transferate fără avizul<br>comisiei de analiză***) |                                                       |
| C1                          | C2                                                | C3                                                                   | C4                                                                                                     | C5                                                                                           | C6=C2-C3-C4-C5                                        |
|                             |                                                   |                                                                      |                                                                                                        |                                                                                              |                                                       |
|                             |                                                   |                                                                      |                                                                                                        |                                                                                              |                                                       |
| TOTAL SPITAL                |                                                   |                                                                      |                                                                                                        |                                                                                              |                                                       |

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. **400/2014**, cu modificările și completările ulterioare; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

**b)** \_

| Secția/ compartimentul*) | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate și raportate la CAS | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate, raportate și validate**) | Nr. zile de spitalizare<br>efectiv realizate raportate<br>și nevalidate |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| C1                       | C2                                                               | C3                                                                     | C4=C2-C3                                                                |
|                          |                                                                  |                                                                        |                                                                         |
| TOTAL SPITAL             |                                                                  |                                                                        |                                                                         |

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. **286/2009** privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2).

\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice



și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

#### **1.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ...../LUNA ...../TRIM ..... ANUL .....**

| Secția/<br>compartimentul <sup>*)</sup> | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate și raportate la CAS | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate, raportate și<br>validate <sup>**)</sup> | Nr. zile de spitalizare<br>efectiv realizate, raportate<br>și nevalidate |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| C0                                      | C1                                                               | C2                                                                                    | C3=C1-C2                                                                 |
|                                         |                                                                  |                                                                                       |                                                                          |
| TOTAL SPITAL                            |                                                                  |                                                                                       |                                                                          |

<sup>\*)</sup> - Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

<sup>\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.</sup>

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

#### **ANEXA nr. 3<sup>d</sup>:**

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

#### **1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....**

| Secția/<br>compartimentul <sup>*)</sup> | Nr. cazuri externate<br>raportate și validate<br><sup>**)</sup> | Durata de<br>spitalizare <sup>1)</sup> | Nr. zile de spitalizare<br>efectiv realizate,<br>raportate și validate<br><sup>***)</sup> | Tarif pe zi de<br>spitalizare pe<br>secție/compartiment,<br>contractat | Suma<br>realizată <sup>****)</sup> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| C1                                      | C2                                                              | C3                                     | C4                                                                                        | C5                                                                     | C6= C2xC3xC5<br>sau<br>C6=C4x C5   |
|                                         |                                                                 |                                        |                                                                                           |                                                                        |                                    |
| TOTAL SPITAL                            |                                                                 |                                        |                                                                                           |                                                                        |                                    |

<sup>\*)</sup> Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

<sup>\*\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 raportul 1.1 din anexa 3<sup>c</sup>.</sup>

<sup>\*\*\*)</sup> Se completează cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu



internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. [286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

1) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

**a)**

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. cazuri externe, raportate și validate,<br>în limita sumei contractate*1) |                                      | Durata de<br>spitalizare*2) | Tarif pe zi de spitalizare<br>pe secție/compartiment,<br>contractat | Suma realizată**)                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                             | Fără cazuri<br>reinternate și<br>transferate                                 | Cazuri reinternate și<br>transferate |                             |                                                                     |                                                                    |
| C1                          | C2                                                                           | C3                                   | C4                          | C5                                                                  | $C6 = C2 \times C4 \times C5 + C3 \times C4 \times C5 \times 10\%$ |
|                             |                                                                              |                                      |                             |                                                                     |                                                                    |
| TOTAL SPITAL                |                                                                              |                                      |                             |                                                                     |                                                                    |

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. bl) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul, nr. [388/186/2015](#);

\*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**b)**

| Secția/ compartimentul*) | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate raportate și validate, în<br>limita sumei contractate**) | Tarif pe zi de spitalizare pe<br>secție/compartiment,<br>contractat | Suma realizată****) |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------|
| C1                       | C2                                                                                                    | C3                                                                  | $C4 = C2 \times C3$ |
|                          |                                                                                                       |                                                                     |                     |
| TOTAL SPITAL             |                                                                                                       |                                                                     |                     |

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. [286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin

ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

\*\*\*) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b<sup>1</sup>) din Anexa nr. 23 la Ordinul, nr. [388/186/2015](#);

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a + col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b <sup>1</sup> ) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. <a href="#">388/186/2015</a> , din care se scade suma din coloana C6 din raportul 1.1 din anexa 3 <sup>d</sup> corespunzător lunii pentru care se face decontarea. | Suma rămasă de plată pentru luna curentă ..... |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTA: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

**a)** \_

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. cazuri externe, raportate și validate, în limita sumei contractate <sup>1)</sup>       |                                                                                                                                        |                                                                                                                           | Durata de<br>spitalizare <sup>2)</sup> | Tarif pe zi de<br>spitalizare pe<br>secție/compartiment<br>contractat | Suma<br>realizată**)                               |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                             | Nr. cazuri<br>externe,<br>raportate și<br>validate (fără<br>reinternate și<br>transferate) | Nr. cazuri<br>externe,<br>raportate și<br>validate<br>reinternate și<br>transferate care<br>au primit avizul<br>comisiei de<br>analiză | Nr. cazuri<br>externe,<br>raportate și<br>validate<br>reinternate și<br>transferate fără<br>avizul comisiei<br>de analiză |                                        |                                                                       |                                                    |
| C1                          | C2                                                                                         | C3                                                                                                                                     | C4                                                                                                                        | C5                                     | C6                                                                    | C7=<br>(C2+C3)x C5 x C6<br>+ C4 x C5 x C6 x<br>10% |
|                             |                                                                                            |                                                                                                                                        |                                                                                                                           |                                        |                                                                       |                                                    |
|                             |                                                                                            |                                                                                                                                        |                                                                                                                           |                                        |                                                                       |                                                    |
|                             |                                                                                            |                                                                                                                                        |                                                                                                                           |                                        |                                                                       |                                                    |
| TOTAL SPITAL                |                                                                                            |                                                                                                                                        |                                                                                                                           | X                                      | X                                                                     |                                                    |

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului, aprobată/avizată de MS.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b<sup>1</sup>) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

<sup>2)</sup> Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**b)** \_

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. zile de spitalizare efectiv realizate<br>raportate și validate, în limita sumei<br>contractate**) | Tarif pe zi de spitalizare pe<br>secție/compartiment<br>contractat | Suma realizată****) |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
| C1                          | C2                                                                                                    | C3                                                                 | C4= C2xC3           |
|                             |                                                                                                       |                                                                    |                     |
|                             |                                                                                                       |                                                                    |                     |
| TOTAL SPITAL                |                                                                                                       | X                                                                  |                     |

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. **286/2009** privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

\*\*\*\*) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b<sup>1</sup>) din Anexa nr. 23 la Ordinul, nr. **388/186/2015**;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTA: Formularul se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ...../LUNA ...../TRIM. ....ANUL .....**

| Secția/<br>compartimentul*) | Nr. zile de spitalizare efectiv<br>realizate, raportate și validate<br>în limita sumei contractate **) | Tarif/zi de spitalizare<br>contractat | Sumă realizată****) |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| C1                          | C2                                                                                                     | C3                                    | C4=C2xC3            |
|                             |                                                                                                        |                                       |                     |
|                             |                                                                                                        |                                       |                     |
| TOTAL SPITAL                |                                                                                                        |                                       |                     |

\*) - Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) și art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b<sup>2</sup>) subpct.1 sau 2, după caz, din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. **388/186/2015**.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de

către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

### **ANEXA nr. 3<sup>e</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

**1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI .....**

PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

| Secția/<br>compartimentul <sup>*)</sup> | Nr. cazuri externate și raportate<br>la CAS | Nr. cazuri<br>externate raportate<br>și validate <sup>**)</sup> | Nr. cazuri externate raportate și<br>nevalidate |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| C1                                      | C2                                          | C3                                                              | C4=C2-C3                                        |
|                                         |                                             |                                                                 |                                                 |
|                                         |                                             |                                                                 |                                                 |
| TOTAL SPITAL                            |                                             |                                                                 |                                                 |

<sup>\*)</sup> Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

<sup>\*\*)</sup> validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

**1.2.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI .....**

PENTRU LUNA ..... ANUL .....

| Data externării <sup>*)</sup> - se raportează<br>în ordine cronologică -<br>zz.ll.aa.hh | Numărul de înregistrare al<br>Foi de Observație Clinică<br>Generală | Cod de<br>identificare a<br>cazului externat | Secția/compartimentai | Tipul de caz<br>externat <sup>**) </sup> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| C1                                                                                      | C2                                                                  | C3                                           | C4                    | C5                                       |
|                                                                                         |                                                                     |                                              |                       |                                          |
|                                                                                         |                                                                     |                                              |                       |                                          |
| TOTAL                                                                                   | ***)                                                                | X                                            | X                     |                                          |

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

<sup>\*)</sup> se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. ( ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

<sup>\*\*)</sup>  Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul invalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe și raportate la CAS.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

**1.2.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Secția/<br>compartimentul* | Nr. cazuri externe<br>raportate la CAS | Nr. cazuri externe, raportate și validate **)                      |                                                          | Nr. cazuri<br>externe raportate<br>și nevalidate |
|----------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                            |                                        | Nr. cazuri externe<br>fără cazuri<br>reinternate și<br>transferate | Nr. cazuri externe,<br>reinternate și<br>transferate***) |                                                  |
| C1                         | C2                                     | C3                                                                 | C4                                                       | C5=C2-C3-C4                                      |
|                            |                                        |                                                                    |                                                          |                                                  |
|                            |                                        |                                                                    |                                                          |                                                  |
|                            |                                        |                                                                    |                                                          |                                                  |
| TOTAL SPITAL               |                                        |                                                                    |                                                          |                                                  |

\*) Secții/Compartimente de acuzi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. [400/2014](#), cu modificările și completările ulterioare;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Data externării*) - se<br>raportează în ordine<br>cronologică - zz.ll.aa.hh | Numărul de înregistrare<br>al Foi de Observație<br>Clinică Generală | Cod de identificare a<br>cazului externat | Secția/compartimentul | Tipul de caz externat<br>**) |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| C1                                                                          | C2                                                                  | C3                                        | C4                    | C5                           |
|                                                                             |                                                                     |                                           |                       |                              |
|                                                                             |                                                                     |                                           |                       |                              |
| TOTAL                                                                       | ***)                                                                | x                                         | x                     |                              |

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2015 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul invalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

**1.3.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Secția/compartimentul<br>*) | Nr. cazuri<br>externate și<br>raportate la<br>CAS | Nr. cazuri externate, raportate și validate **)                   |                                                                                                                    |                                                                                                       | Nr. cazuri<br>externate,<br>raportate și<br>nevalidate |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                             |                                                   | Nr. cazuri externate fără<br>cazuri reinternate și<br>transferate | Nr. cazuri<br>externate,<br>reinternate și<br>transferate, care<br>au primit avizul<br>comisiei de<br>analiză ***) | Nr. cazuri<br>externate,<br>reinternate și<br>transferate, fără<br>avizul comisiei<br>de analiză ***) |                                                        |
| C1                          | C2                                                | C3                                                                | C4                                                                                                                 | C5                                                                                                    | C6=C2-C3-C4-C5                                         |
|                             |                                                   |                                                                   |                                                                                                                    |                                                                                                       |                                                        |
|                             |                                                   |                                                                   |                                                                                                                    |                                                                                                       |                                                        |
|                             |                                                   |                                                                   |                                                                                                                    |                                                                                                       |                                                        |
| TOTAL SPITAL                |                                                   |                                                                   |                                                                                                                    |                                                                                                       |                                                        |

\*) Secții/Compartimente de acută prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al

datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. **388/186/2015**; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**ANEXA nr. 3<sup>f</sup>:**

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....**

| Secția/compartimentul <sup>*)</sup> | Nr. cazuri externate realizate <sup>**)</sup> | Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat | Suma realizată <sup>***)</sup> |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| C1                                  | C2                                            | C3                                      | C4= C2xC3                      |
|                                     |                                               |                                         |                                |
| TOTAL SPITAL                        |                                               |                                         |                                |

<sup>\*)</sup> Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. **388/186/2015**.

<sup>\*\*)</sup> Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3<sup>e</sup>.

<sup>\*\*\*)</sup> Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. **388/186/2015**.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă formularul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Secția/compartimentul <sup>*)</sup> | Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate <sup>1)</sup> |                                   | Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat | Suma realizată <sup>**)</sup> |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|
|                                     | Fără cazuri reinternate și transferate                                                 | Cazuri reinternate și transferate |                                         |                               |



| C1           | C2 | C3 | C4 | C5= C2xC4+<br>C3xC4x10% |
|--------------|----|----|----|-------------------------|
|              |    |    |    |                         |
|              |    |    |    |                         |
| TOTAL SPITAL |    |    |    |                         |

\*) Secții/Compartimente de acți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul, nr. [388/186/2015](#);

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3<sup>f</sup> corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.3.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.II.aa.hh | Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală | Cod de identificare a cazului externat | Secția/compartimentul | Tipul de caz externat**) | Tarif mediu pe caz rezolvat contractat | Suma realizată****) |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| C1                                                                    | C2                                                             | C3                                     | C4                    | C5                       | C6                                     | C7                  |
|                                                                       |                                                                |                                        |                       |                          |                                        |                     |
|                                                                       |                                                                |                                        |                       |                          |                                        |                     |
| TOTAL                                                                 | ***)                                                           | X                                      | X                     | X                        | X                                      |                     |

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2015 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;

- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai



fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

\*\*\*\*) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:

cu cifra "1" conform formulei:  $C7 = C6$ ;

cu cifra "2" conform formulei:  $C7 = C6$ ;

cu cifra "3" conform formulei:  $C7 = C6 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTA: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite electronic cu semnătură electronică extinsă la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

**1.3.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Secția/compartimentul*) | Nr. cazuri externate, raportate și validate în limita sumei contractate *1) |                                                                                                |                                                                                      | Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat | Suma realizată****) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
|                         | Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate                 | Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**) | Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**) |                                         |                     |
| C1                      | C2                                                                          | C3                                                                                             | C4                                                                                   | C5                                      | C6                  |
|                         |                                                                             |                                                                                                |                                                                                      |                                         |                     |
|                         |                                                                             |                                                                                                |                                                                                      |                                         |                     |
|                         |                                                                             |                                                                                                |                                                                                      |                                         |                     |
| TOTAL SPITAL            |                                                                             |                                                                                                |                                                                                      | X                                       |                     |

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23A la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#); numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

\*\*\*\*) Suma realizată se calculează conform formulei  $C6 = [(C2 + C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 10\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#);

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

### **ANEXA nr. 3<sup>9</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ...../LUNA ...../TRIMESTRUL ..... ANUL .....

| Date de identificare al cazului externat invalidat *) |                                        |                                                                   |                 | Motivul invalidării |                               |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|-------------------------------|
| Secția/compartimentul                                 | Cod de identificare a cazului externat | Nr. de înregistrare<br>Foaie de<br>Observație<br>Clinică Generală | Data externării | Mesaj de eroare     | Tip eroare<br>(SNSPMPDSB/CAS) |
| C1                                                    | C2                                     | C3                                                                | C4              | C5                  | C6                            |
|                                                       |                                        |                                                                   |                 |                     |                               |
|                                                       |                                        |                                                                   |                 |                     |                               |
|                                                       |                                        |                                                                   |                 |                     |                               |

\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

### **ANEXA nr. 3<sup>h</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

#### **1.1.**

**A) RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....**

| Denumire afecțiune (diagnostic)*) | Cod diagnostic | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**) | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| C1                                | C2             | C3                                                        | C4                                                                | C5                                                               |
|                                   |                |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                   |                |                                                           |                                                                   |                                                                  |
| TOTAL SPITAL                      | X              |                                                           |                                                                   |                                                                  |

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**B) RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....**

| Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*) | Cod procedură | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**) | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| C1                                                | C2            | C3                                                        | C4                                                                | C5                                                               |
|                                                   |               |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                                   |               |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                                   |               |                                                           |                                                                   |                                                                  |
| TOTAL SPITAL                                      | X             |                                                           |                                                                   |                                                                  |

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**C) RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....**

| Denumire serviciu medical*) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| C1                          | C2                                                          | C3                                                                  | C4                                                                 |
|                             |                                                             |                                                                     |                                                                    |
|                             |                                                             |                                                                     |                                                                    |
|                             |                                                             |                                                                     |                                                                    |
| TOTAL SPITAL                |                                                             |                                                                     |                                                                    |

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**1.2.**

**A) RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Denumire afecțiune (diagnostic)*) | Cod diagnostic | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **) | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| C1                                | C2             | C3                                                        | C4                                                                 | C5                                                               |
|                                   |                |                                                           |                                                                    |                                                                  |
|                                   |                |                                                           |                                                                    |                                                                  |
|                                   |                |                                                           |                                                                    |                                                                  |
| TOTAL SPITAL                      | X              |                                                           |                                                                    |                                                                  |

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. **388/186/2015**.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**B) RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*) | Cod procedură | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**) | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| C1                                                | C2            | C3                                                        | C4                                                                | C5                                                               |
|                                                   |               |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                                   |               |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                                   |               |                                                           |                                                                   |                                                                  |
| TOTAL SPITAL                                      | X             |                                                           |                                                                   |                                                                  |

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. **388/186/2015**.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și

medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**1.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

| Denumire serviciu medical*) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| C1                          | C2                                                          | C3                                                                  | C4                                                                 |
|                             |                                                             |                                                                     |                                                                    |
|                             |                                                             |                                                                     |                                                                    |
|                             |                                                             |                                                                     |                                                                    |
| TOTAL SPITAL                |                                                             |                                                                     |                                                                    |

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**1.3. \_**

**1.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

| Denumire afecțiune (diagnostic*) | Cod diagnostic | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**) | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| C1                               | C2             | C3                                                        | C4                                                                | C5                                                               |
|                                  |                |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                  |                |                                                           |                                                                   |                                                                  |
|                                  |                |                                                           |                                                                   |                                                                  |
| TOTAL SPITAL                     | X              |                                                           |                                                                   |                                                                  |

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. **388/186/2015**.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**B)** RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

| Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*) | Cod procedură | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **) | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| C1                                                | C2            | C3                                                        | C4                                                                 | C5                                                               |
|                                                   |               |                                                           |                                                                    |                                                                  |
|                                                   |               |                                                           |                                                                    |                                                                  |
|                                                   |               |                                                           |                                                                    |                                                                  |
| TOTAL SPITAL                                      | X             |                                                           |                                                                    |                                                                  |

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. **388/186/2015**.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**C)** RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

| Denumire serviciu medical*) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| C1                          | C2                                                          | C3                                                                   | C4                                                                 |
|                             |                                                             |                                                                      |                                                                    |

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
|              |  |  |  |
|              |  |  |  |
|              |  |  |  |
| TOTAL SPITAL |  |  |  |

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. **388/186/2015**.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

### **ANEXA nr. 3<sup>i</sup>:**

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA .....**

**A) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL**

| Denumire afecțiune (diagnostic)*) | Cod diagnostic | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi**) | Tarif pe caz rezolvat medical contractat | Suma realizată****) |
|-----------------------------------|----------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|
| C1                                | C2             | C3                                          | C4                                       | C5 = C3xC4          |
|                                   |                |                                             |                                          |                     |
|                                   |                |                                             |                                          |                     |
|                                   |                |                                             |                                          |                     |
| TOTAL SPITAL                      | X              |                                             | X                                        |                     |

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. **388/186/2015**.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1A din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*\* Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. **388/186/2015**.

**B) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ**

| Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *) | Cod procedură | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**) | Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat | Suma realizată****) |
|----------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|
| C1                                                 | C2            | C3                                                    | C4                                                         | C5 = C3xC4          |
|                                                    |               |                                                       |                                                            |                     |



|              |   |  |   |  |
|--------------|---|--|---|--|
|              |   |  |   |  |
| TOTAL SPITAL | X |  | X |  |

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 B din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**[-C) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL**

| Denumire serviciu medical*) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**) | Tarif pe serviciu medical contractat | Suma realizată***) |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| C1                          | C2                                                      | C3                                   | C4 = C2xC3         |
|                             |                                                         |                                      |                    |
|                             |                                                         |                                      |                    |
| TOTAL SPITAL                |                                                         | X                                    |                    |

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#)

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1C din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTA: Raportul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**[-1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA ... ANUL ....**

**[-A) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL**

| Denumire afecțiune (diagnostic*) | Cod diagnostic | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**) | Tarif pe caz rezolvat medical contractat | Suma realizată***) |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| C1                               | C2             | C3                                                                                            | C4                                       | C5 = C3xC4         |
|                                  |                |                                                                                               |                                          |                    |
|                                  |                |                                                                                               |                                          |                    |
| TOTAL SPITAL                     | X              |                                                                                               | X                                        |                    |

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 A din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**B) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ**

| Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*) | Cod procedură | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**) | Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat | Suma realizată****) |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|
| C1                                                | C2            | C3                                                                                            | C4                                                         | C5= C3xC4           |
|                                                   |               |                                                                                               |                                                            |                     |
|                                                   |               |                                                                                               |                                                            |                     |
| TOTAL SPITAL                                      | X             |                                                                                               | X                                                          |                     |

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 B din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**C) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL**

| Denumire serviciu medical*) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**) | Tarif pe serviciu medical contractat | Suma realizată****) |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| C1                          | C2                                                                                              | C3                                   | C4 = C2xC3          |
|                             |                                                                                                 |                                      |                     |
|                             |                                                                                                 |                                      |                     |
| TOTAL SPITAL                |                                                                                                 | X                                    |                     |

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 C din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C din raportul 1.2 din anexa 3<sup>i</sup>), cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#), din care se scade suma (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C din raportul 1.1 din anexa 3<sup>i</sup>) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTA: Raportul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de

către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....**

**A) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL**

| Denumire afecțiune (diagnostic)*) | Cod diagnostic | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**) | Tarif pe caz rezolvat medical contractat | Suma realizată***) |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| C1                                | C2             | C3                                                                                            | C4                                       | C5 = C3xC4         |
|                                   |                |                                                                                               |                                          |                    |
|                                   |                |                                                                                               |                                          |                    |
| TOTAL SPITAL                      | X              |                                                                                               | X                                        |                    |

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3A din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**B) SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ**

| Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*) | Cod procedură | Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**) | Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat | Suma realizată***) |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|
| C1                                                | C2            | C3                                                                                            | C4                                                         | C5 = C3xC4         |
|                                                   |               |                                                                                               |                                                            |                    |
|                                                   |               |                                                                                               |                                                            |                    |
| TOTAL SPITAL                                      | X             |                                                                                               | X                                                          |                    |

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3B din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**[-C)SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL**

| Denumire serviciu medical*) | Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**) | Tarif pe serviciu medical contractat | Suma realizată***) |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| C1                          | C2                                                                                              | C3                                   | C4 = C2xC3         |
|                             |                                                                                                 |                                      |                    |
|                             |                                                                                                 |                                      |                    |
|                             |                                                                                                 |                                      |                    |
| TOTAL SPITAL                |                                                                                                 | X                                    |                    |

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 C din anexa 3<sup>h</sup>.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Conform raportului 1.2C din Anexa nr. 3<sup>h</sup> (continuare) la prezentul ordin.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**[-ANEXA nr. 3<sup>j</sup>:**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI .....

PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ...../LUNA ...../TRIMESTRUL ..... ANUL .....

| Date de identificare al cazului/serviciului invalidat *) |                                          |                                    |                           | Motivul invalidării |                           |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| Cod de identificare a cazului externat                   | Codul specific de identificare a vizitei | Numărul fișei de spitalizare de zi | Tip fișă ( caz/ serviciu) | Mesaj de eroare     | Tip eroare (SNSMPDSB/CAS) |
| C1                                                       | C2                                       | C3                                 | C4                        | C5                  | C6                        |
|                                                          |                                          |                                    |                           |                     |                           |
|                                                          |                                          |                                    |                           |                     |                           |
|                                                          |                                          |                                    |                           |                     |                           |

\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

**ANEXA nr. 3<sup>k</sup>:**

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

RAPORT PRIVIND NUMĂRUL ZILELOR DE SPITALIZARE PESTE MEDIANA FIECĂREI GRUPE DRG ÎN SECȚIA/COMPARTIMENTUL DE TERAPIE INTENSIVĂ A SPITALULUI ..... ÎN TRIMESTRUL ..... ANUL .....

| Nr. crt. | Categoria majoră de diagnostic (CMD) <sup>1)</sup> | Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A) <sup>1)</sup> | Grupa de diagnostic <sup>1)</sup> | Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de TI a spitalului*) |
|----------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                    |                                                                   |                                   |                                                                                                          |
|          |                                                    |                                                                   |                                   |                                                                                                          |
|          |                                                    |                                                                   |                                   |                                                                                                          |

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

<sup>1)</sup> Conform Anexei nr. 23 B I și II la Ordinul nr. **388/186/2015**;

\*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B I și II la Ordinul nr. **388/186/2015**.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT

ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

DIRECTOR GENERAL

**ANEXA nr. 4<sup>a</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE

Luna/trim. .... ANUL .....

| Tip autovehicul | Total km efectiv parcurși în mediul urban*) |                  | Total km efectiv parcurși în mediul rural*) |                   | Tarif pe km parcurs minim negociat**) | Total sumă      |                | Suma decontată***) |
|-----------------|---------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-----------------|----------------|--------------------|
|                 | Contractați                                 | Efectiv parcurși | Contractați                                 | Efectiv realizați |                                       | Contractată     | Realizată****) |                    |
| C1              | C2                                          | C3               | C4                                          | C5                | C6                                    | C7 = C6x(C2+C4) | C8=C6x(C3+C5)  | C9 = C7 sau C8     |
|                 |                                             |                  |                                             |                   |                                       |                 |                |                    |
|                 |                                             |                  |                                             |                   |                                       |                 |                |                    |
|                 |                                             |                  |                                             |                   |                                       |                 |                |                    |
| TOTAL           |                                             |                  |                                             |                   | X                                     |                 |                |                    |

\*) numărul de km efectiv parcurși în mediul urban/ mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 din anexa nr. 28 la Ordinul nr. **388/186/2015** și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. **388/186/2015**.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 4<sup>a</sup> se întocmește de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 4<sup>a</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

#### **-ANEXA nr. 4<sup>b</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APA EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim. .... ANUL .....

| Tip<br>ambarcațiune | Total mile*) |                  | Tarif pe milă<br>marină minim<br>negociat**) | Total sumă   |               | Suma decontată***) |
|---------------------|--------------|------------------|----------------------------------------------|--------------|---------------|--------------------|
|                     | Contractate  | Efectiv parcurse |                                              | Contractată  | Realizată***) |                    |
| C1                  | C2           | C3               | C4                                           | C5 = C2 x C4 | C6 = C3 x C4  | C7 = (C5 sau C6)   |
|                     | X            |                  |                                              | X            |               |                    |
|                     | X            |                  |                                              | X            |               |                    |
|                     | X            |                  |                                              | X            |               |                    |
|                     | X            |                  |                                              | X            |               |                    |
| TOTAL               |              |                  | X                                            |              |               |                    |

\*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 din anexa nr. 28 la Ordinul nr. **388/186/2015** și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. **388/186/2015**

\*\*\*) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. **388/186/2015**.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 4<sup>b</sup> se întocmește de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se

depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 4<sup>b</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

#### **ANEXA nr. 4<sup>c</sup>:**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**(1)**

#### **1.1. DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTAȚIILOR DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna /Trim. .... ANUL .....

| Nr. crt.                                                                                                                             | Autoturism transport/mijloc de intervenție/ transport pe apă pentru consultații de urgență la domiciliu | Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A pct.1 și lit. B pct.1 din anexa 27 la Ordinul nr. <a href="#">388/186/2015</a> | Nr. solicitări |          | Tarif pe solicitare minim negociat*) | Total sumă  |              | Suma decontată**) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|--------------------------------------|-------------|--------------|-------------------|
|                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                  | Contractat     | Realizat |                                      | Contractată | Realizată**) |                   |
| C0                                                                                                                                   | C1                                                                                                      | C2                                                                                                                                               | C3             | C4       | C5                                   | C6=C3x C5   | C7=C4x C5    | C8 = (C6 sau C7)  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          |                                      |             |              |                   |
|                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          |                                      |             |              |                   |
| Subtotal 1 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanență                  |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          | X                                    |             |              |                   |
|                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          |                                      |             |              |                   |
|                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          |                                      |             |              |                   |
| Subtotal 2 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din unitățile medicale specializate private |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          | X                                    |             |              |                   |
| TOTAL(subtot. 1+ subtot. 2)                                                                                                          |                                                                                                         |                                                                                                                                                  |                |          | X                                    |             |              |                   |

\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 din anexa nr. 28 la Ordinul nr. [388/186/2015](#) și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin. (1) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

\*\*) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. [388/186/2015](#)

#### **1.2. EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE/NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL A SERVICIILOR - CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚILE MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim. .... ANUL .....

| Nr. crt. | Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A. pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul nr. <a href="#">388/186/2015</a> | CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal*) |                                                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|          |                                                                                                                                                     | beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza           | beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale |
| C1       | C2                                                                                                                                                  | C3                                                              | C4                                                    |
|          |                                                                                                                                                     |                                                                 |                                                       |
|          |                                                                                                                                                     |                                                                 |                                                       |
| TOTAL    | X                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                       |

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentant legal

**1.** Desfășurătoarele din anexa 4<sup>c</sup> se întocmesc de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

**2.** Desfășurătoarele se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultațiile de urgență la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenție / transport pe apă.

**(1)**

.....

domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu .....

Localitatea .....

Judetul .....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA  
DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU, APROBATE DE CASA DE  
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

LUNA ..... ANUL .....

[illegible]



\*) Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1, col. C8 din Anexa 5<sup>b</sup> = subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5<sup>a</sup>

Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5<sup>b</sup> = subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5<sup>a</sup>

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5<sup>b</sup> = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5<sup>a</sup>

\*\*) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt prevăzut/prevăzute în decizia pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate și stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2), art. 5 alin. (2) și art. 9 alin. (3) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Conform art. 9 alin. (3) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
☐(1<sup>1</sup>)NOTĂ:

**1.** Desfășurătorul din anexa 5<sup>b</sup> se întocmește lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

☐**2.** Desfășurătorul din anexa 5<sup>b</sup> se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din anexa 5<sup>b</sup> se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

☐**ANEXA nr. 6<sup>a</sup>:**

☐(1)\_

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

☐**1.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE REABILITARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE**  
LUNA/TRIM. ....ANUL .....

| Nr. crt. | Tipul de asistență balneară      | Nr. zile spitalizare contractate | Nr. zile spitalizare efectiv realizate | Tarif/zi spitalizare negociat*) | %<br>**) decontat de CAS | Suma contractată<br>***) | Total sumă realizată ****) |
|----------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| C1       | C2                               | C3                               | C4                                     | C5                              | C6                       | C7                       | C8 = C4xC5x C6             |
| 1.       | Servicii de reabilitare medicală |                                  |                                        |                                 | 65%                      |                          |                            |
|          |                                  |                                  |                                        |                                 | 100%                     |                          |                            |
|          | TOTAL                            |                                  |                                        | X                               | X                        |                          |                            |

\*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*\*) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților, conform art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

\*\*\*\*) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 alin. (2) din Anexa nr. 34 la Ordinul

nr. [388/186/2015](#); Col. C8 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

**1.2. DESFĂȘURĂTORUL C.N.P.- URILOR/ CODURILOR UNICE DE IDENTIFICARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE REABILITARE MEDICALA ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE**

LUNA/TRIM. .... ANUL .....

| Nr. crt. | C.N.P./ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal | Nr. zile spitalizare realizate | % <sup>*)</sup> decontat de CAS |
|----------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| C1       | C2                                                               | C3                             | C4                              |
|          |                                                                  |                                |                                 |
|          |                                                                  |                                |                                 |
|          |                                                                  |                                |                                 |
| TOTAL    |                                                                  |                                | x                               |

<sup>\*)</sup> Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. [388/186/2015](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**(1<sup>1</sup>) NOTĂ:** Desfășurătoarele din Anexa 6<sup>a</sup> se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din anexa 6<sup>a</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**ANEXA nr. 6<sup>b</sup>:**

**(1)**

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**1.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE ACORDATE ÎN SANATORII (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE)/ SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE ȘI ÎN PREVENTORII**

LUNA/TRIM. .... ANUL .....

| Nr. crt. | Secția | Nr. zile spitalizare contractate | Nr. zile spitalizare efectiv realizate | Tarif/zi spitalizare negociat <sup>*)</sup> | Suma contractata | Total sumă realizată <sup>**)</sup> |
|----------|--------|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| C1       | C2     | C3                               | C4                                     | C5                                          | C6=C3xC5         | C7 = C4xC5                          |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          |        |                                  |                                        |                                             |                  |                                     |
|          | TOTAL  |                                  |                                        | x                                           |                  |                                     |

<sup>\*)</sup> Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 34 la Ordinul [388/186/2015](#);

\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 alin. (2) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. **388/186/2015**;

**1.2. DESFĂȘURĂTORUL C.N.P.-URILOR/ CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE ACORDATE ÎN SANATORII (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE), SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE ȘI ÎN PREVENTORII LUNA/TRIM. .... ANUL .....**

| Nr. crt. | C.N.P./ Cod unic de asigurare/<br>Număr de identificare personal | Nr. zile spitalizare realizate |
|----------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| C1       | C2                                                               | C3                             |
|          |                                                                  |                                |
|          |                                                                  |                                |
|          | TOTAL                                                            |                                |

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**(1) NOTĂ:** Desfășurătoarele din Anexa 6<sup>b</sup> se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 6<sup>b</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**ANEXA nr. 7<sup>a</sup>:**

**(1)**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie/

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/

.....

**MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN LUNA ..... ANUL .....**

**I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență**

| Nr. Crt.                                                                                                            | Cod numeric personal/<br>Cod unic de<br>identificare/ Număr de<br>identificare personal | Vârsta*) | Codul categoriei din<br>care face parte<br>asiguratul**) | Data intrării în evidența<br>medicului de familie/ | Data ieșirii din<br>evidența medicului de<br>familie/ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE</b> |                                                                                         |          |                                                          |                                                    |                                                       |
| <b>1. HTA</b>                                                                                                       |                                                                                         |          |                                                          |                                                    |                                                       |
| 1.                                                                                                                  |                                                                                         |          |                                                          |                                                    |                                                       |
| 2.                                                                                                                  |                                                                                         |          |                                                          |                                                    |                                                       |
| ...                                                                                                                 |                                                                                         |          |                                                          |                                                    |                                                       |

|                                                                                                          |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 2. DIABET ZAHARAT TIP II                                                                                 |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 3. DISLIPIDEMIE                                                                                          |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)                                                         |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 5. ASTM BRONȘIC                                                                                          |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI                                                                              |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ ***) |  |  |  |  |  |
| 1. HTA                                                                                                   |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 2. DIABET ZAHARAT TIP II                                                                                 |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 3. DISLIPIDEMIE                                                                                          |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 4. BOALA CRONICA RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)                                                         |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 5. ASTM BRONȘIC                                                                                          |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 6. BOALA CRONICA DE RINICHI                                                                              |  |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                      |  |  |  |  |  |

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică.

Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1<sup>b</sup>.

\*\*\*) Cazurile nou depistate, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

**II.**Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

| Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie *)        | Număr persoane cu afecțiuni cronice:             |         |        |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------|-----------------------------------------------|
|                                                                                                                    | Rămăși în evidență la sfârșitul lunii precedente | Intrări | Ieșiri | Rămăși în evidență la sfârșitul lunii în curs |
| <b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE</b> |                                                  |         |        |                                               |
| 1. HTA                                                                                                             |                                                  |         |        |                                               |
| 2. DIABET ZAHARAT TIP II                                                                                           |                                                  |         |        |                                               |
| 3. DISLIPIDEMIE                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 4. BPOC                                                                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| 5. ASTM BRONȘIC                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 6. BOALA CRONICA DE RINICHI                                                                                        |                                                  |         |        |                                               |
| SUBTOTAL 1                                                                                                         |                                                  |         |        |                                               |
| <b>B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**)</b>      |                                                  |         |        |                                               |
| 1. HTA                                                                                                             |                                                  |         |        |                                               |
| 2. DIABET ZAHARAT TIP II                                                                                           |                                                  |         |        |                                               |
| 3. DISLIPIDEMIE                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 4. BPOC                                                                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| 5. ASTM BRONȘIC                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI                                                                                        |                                                  |         |        |                                               |
| SUBTOTAL 2                                                                                                         |                                                  |         |        |                                               |
| TOTAL                                                                                                              |                                                  |         |        |                                               |

\*) Conform anexei 2-D la Ordinul nr. [388/186/2015](#) privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. [400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

**☐(1<sup>1</sup>)NOTE:**

**1.**În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

**2.**Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

**☐3.**Formularele din anexa 7<sup>a</sup> se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 7<sup>a</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**☐4.**Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări  
de sănătate

.....

Data: .....

**☐ANEXA nr. 7<sup>b</sup>:**

**☐(1)**\_

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate din ambulatoriu

.....

**MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU ÎN LUNA ..... ANUL .....**

**-I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență**

| Nr. Crt. | Cod numeric personal/<br>Cod unic de<br>identificare/ Număr de<br>identificare personal | Vârsta*) | Codul categoriei din<br>care face parte<br>asiguratul**) | Data intrării în evidența<br>medicului de<br>specialitate din<br>ambulatoriu | Data ieșirii din<br>evidența medicului de<br>specialitate din<br>ambulatoriu |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

**A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU**

**1. HTA**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**2. DIABET ZAHARAT TIP II**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**3. DISLIPIDEMIE**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**5. ASTM BRONȘIC**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ \*\*\*)**

**1. HTA**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**2. DIABET ZAHARAT TIP II**

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

|                                                  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 3. DISLIPIDEMIE                                  |  |  |  |  |  |
| 1.                                               |  |  |  |  |  |
| 2.                                               |  |  |  |  |  |
| ...                                              |  |  |  |  |  |
| 4. BOALA CRONICA RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC) |  |  |  |  |  |
| 1.                                               |  |  |  |  |  |
| 2.                                               |  |  |  |  |  |
| ...                                              |  |  |  |  |  |
| 5. ASTM BRONȘIC                                  |  |  |  |  |  |
| 1.                                               |  |  |  |  |  |
| 2.                                               |  |  |  |  |  |
| ...                                              |  |  |  |  |  |
| 6. BOALA CRONICA DE RINICHI                      |  |  |  |  |  |
| 1.                                               |  |  |  |  |  |
| 2.                                               |  |  |  |  |  |
| ...                                              |  |  |  |  |  |

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică.

Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1<sup>b</sup>.

\*\*\*) Cazurile nou depistate, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

**-II. Recapitulatia persoanelor cu afecțiuni cronice în evidența medicului de specialitate din ambulatoriu**

| Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu*)                                                    | Număr persoane cu afecțiuni cronice:             |         |        |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------|-----------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                    | Rămăși în evidență la sfârșitul lunii precedente | Intrări | Ieșiri | Rămăși în evidență la sfârșitul lunii în curs |
| <b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU</b>                                            |                                                  |         |        |                                               |
| 1. HTA                                                                                                                                                                             |                                                  |         |        |                                               |
| 2. DIABET ZAHARAT TIP II                                                                                                                                                           |                                                  |         |        |                                               |
| 3. DISLIPIDEMIE                                                                                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 4. BPOC                                                                                                                                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| 5. ASTM BRONȘIC                                                                                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI                                                                                                                                                        |                                                  |         |        |                                               |
| SUBTOTAL 1                                                                                                                                                                         |                                                  |         |        |                                               |
| <b>B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ**)</b> |                                                  |         |        |                                               |
| 1. HTA                                                                                                                                                                             |                                                  |         |        |                                               |
| 2. DIABET ZAHARAT TIP II                                                                                                                                                           |                                                  |         |        |                                               |
| 3. DISLIPIDEMIE                                                                                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 4. BPOC                                                                                                                                                                            |                                                  |         |        |                                               |
| 5. ASTM BRONȘIC                                                                                                                                                                    |                                                  |         |        |                                               |
| 6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI                                                                                                                                                        |                                                  |         |        |                                               |
| SUBTOTAL 2                                                                                                                                                                         |                                                  |         |        |                                               |
| TOTAL                                                                                                                                                                              |                                                  |         |        |                                               |

\*) Conform Anexei 2-D la Ordinul nr. [388/186/2015](#) privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. [400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.



\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

**-(1<sup>1</sup>)NOTE:**

**1.**În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

**2.**Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

**3.**Formularele din anexa 7<sup>b</sup> se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 7<sup>b</sup> se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**4.**Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data: .....

**-ANEXA nr. 8<sup>a</sup>:**

**-(1)**

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**1.1.**Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul ..... care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....

lei

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și nr. prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. card european | *Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | **Tip document | ***Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | S |
|----------|------------|------|--------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------|----------------|---------|---------------------------|-------------------------------------|---|
|          | Nr.        | Data |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
|          | 2.1        | 2.2  |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| 1        | 2          |      | 3                        | 4                | 5                | 6                 | 7                      | 8                              | 9              | 10      | 11                        | 12                                  |   |
| ...      |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| ...      |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| n        |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| TOTAL    | x          | x    | x                        | x                | x                | x                 | x                      | x                              | x              | x       |                           |                                     |   |

din care

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Subtotal 1 - aferent rețetelor prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 10-16 din tabelul 1.2 din anexa 8-a)                                                                     |  |  |  |
| Subtotalul 2 - aferent rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul 1.3 din anexa 8-a)                                                                                                                        |  |  |  |
| Subtotalul 3 - aferent rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.4 din anexa 8-a) |  |  |  |
| Subtotalul 4 - aferent rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.5 din anexa 8-a)                                                                                                                   |  |  |  |
| Subtotalul 5 - aferent DCI-uri boli cronice cu aprobarea comisiilor de experți CNAS (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 11-17 din tabelul 1.6 din anexa 8-a)                                                                                                                |  |  |  |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionarii 0-700 lei.

Coloanele (13)-(17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

=(2)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

=1.2. Extras borderou centralizator rețete prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii pentru luna ..... anul .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | *Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | **Tip document | ***Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Su |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|------------------------|--------------------------------|----------------|---------|---------------------------|-------------------------------------|------------|----|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                        |                                |                |         |                           |                                     |            |    |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |                        |                                |                |         |                           |                                     |            |    |
| 1        | 2          | 3    | 4                          | 5                | 6                | 7                      | 8                              | 9              | 10      | 11                        | 12                                  |            |    |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                        |                                |                |         |                           |                                     |            |    |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                        |                                |                |         |                           |                                     |            |    |
| n        |            |      |                            |                  |                  |                        |                                |                |         |                           |                                     |            |    |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x                      | x                              | x              | x       |                           |                                     |            |    |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (11) = coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1 din anexa 8-a.

Coloana (13) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionarii 0-700 lei.

Coloanele (12)-(16) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

**\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la**

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (7) sau (8).

 (3)

## Societ

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

### 1.3.Extras borderou cent

|  |     |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |
|--|-----|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|
|  | Bon |  |  |  |  |  |  | Total |  |  |  |
|--|-----|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în

Total coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13)

Coloanele (10)-(14) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac

NOTĂ:

## Extras

Răspundem de exactitatea si corectitudinea datelor.

Semnătura

## Reprezentacja

(4)

Societ

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

#### 1.4.Extras borderou centra

lei

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|       |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| ...   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| n     |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL | x | x | x | x | x | x | x | x |  |  |  |  |  |  |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1 din anexa 8-a.

Coloanele (11)-(15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

=(5)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

=1.5. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de formulare europene pentru luna ..... anul .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiune C1 |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|------|---------------------------|-------------------------------------|------------|------------|---------------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| 1        | 2          | 3    | 4                          | 5                | 6                | 7                     | 8                              | 9    | 10                        | 11                                  | 12         | 13         |                     |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| n        |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x                     | x                              | x    |                           |                                     |            |            |                     |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1 din anexa 8-a.

Coloanele (11)-(15) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

=(6)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**1.6.** Extras borderou centralizator DCI-uri boli cronice cu aprobarea comisiilor de experți CNAS pentru luna ..... anul .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. card european | *Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | **Tip document | ***Țara | Valoare prescripție | Valoare compensare, din care: | S |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------|----------------|---------|---------------------|-------------------------------|---|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                     |                               |   |
|          |            |      |                            |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                     |                               |   |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6                 | 7                      | 8                              | 9              | 10      | 11                  | 12                            |   |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                     |                               |   |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                     |                               |   |
| n        |            |      |                            |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                     |                               |   |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x                 | x                      | x                              | x              | x       |                     |                               |   |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru lista C1, respectiv pe fiecare DCI cu aprobarea comisiei de experți C.N.A.S. pentru celelalte liste, după caz.

Total coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1 din anexa 8-a.

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0-700 lei.

Coloanele (13)-(17) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

(la data 29-oct-2015 anexa 8^A modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 988/2015](#) )

## **ANEXA nr. 8<sup>b</sup>:**

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... CAS .....

Nr. .... data .....

Borderou centralizator pensionari 0-700 lei pentru luna ..... anul ..... care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Total valoare prescripție | Total valoare compensare sublista B, din care: | *Valoare compensare CNAS 50% | *Valoare compensare MS 40% |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|---------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                           |                                                |                              |                            |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |                           |                                                |                              |                            |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6                         | 7                                              | 8                            | 9                          |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                           |                                                | x                            | x                          |
| ...      |            |      |                            |                  |                  |                           |                                                | x                            | x                          |
| n        |            |      |                            |                  |                  |                           |                                                | x                            | x                          |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                |                           |                                                |                              |                            |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (7) = reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Coloanele (7)-(9) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensate pe fiecare DCI cu aprobarea comisiei de experți CNAS, după caz.

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează numai total coloană.

▶(la data 29-oct-2015 anexa 8^B modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 988/2015](#) )

## ANEXA nr. 8<sup>c</sup>:

=(1)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

I. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul ..... care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....

- lei -

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și nr. prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. card european | *Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | **Tip document | ***Jara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | S |
|----------|------------|------|--------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------|----------------|---------|---------------------------|-------------------------------------|---|
|          | Nr.        | Data |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
|          | 2.1        | 2.2  |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| 1        | 2          | 3    | 4                        | 5                | 6                | 7                 | 8                      | 9                              | 10             | 11      | 12                        |                                     |   |
| ...      |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| ...      |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| n        |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| TOTAL    | x          | x    | x                        | x                | x                | x                 | x                      | x                              | x              | x       |                           |                                     |   |

din care:

Subtotal 1 - aferent rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul I.1 din anexa 8-c)

Subtotalul 2 - aferent rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul I.2 din anexa 8-c)

Subtotalul 3 - aferent rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul I.3 din anexa 8-c)

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

**(2)**

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**I.1.** Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Țara | Nr. card european | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiunea C1 | Lista C secțiunea C3 | Sublista D |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6    | 7                 | 8                         | 9                                   | 10         | 11         | 12                   | 13                   | 14         |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x    | x                 |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + (14) și este inclus în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extrasului borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

(3)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**I.2.** Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

lei

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. și serie pașaport | *Tip document | Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiunea C1 | Lista C secțiunea C3 |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|---------------|------|---------------------------|---------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                           |            |            |                      |                      |

|       |     |     |   |   |   |   |   |   |           |    |    |    |    |
|-------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|-----------|----|----|----|----|
|       | 2.1 | 2.2 |   |   |   |   |   |   | din care: |    |    |    |    |
| 1     | 2   | 3   | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10        | 11 | 12 | 13 | 14 |
|       |     |     |   |   |   |   |   |   |           |    |    |    |    |
|       |     |     |   |   |   |   |   |   |           |    |    |    |    |
|       |     |     |   |   |   |   |   |   |           |    |    |    |    |
|       |     |     |   |   |   |   |   |   |           |    |    |    |    |
| TOTAL | x   | x   | x | x | x | x | x | x |           |    |    |    |    |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

=(4)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**I.3.** Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiune C1 |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|------|---------------------------|-------------------------------------|------------|------------|---------------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6                     | 7                              | 8    | 9                         | 10                                  | 11         | 12         | 13                  |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x                     | x                              | x    |                           |                                     |            |            |                     |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

NOTĂ:



Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

=(5)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

=II. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

lei

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și nr. prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. card european | *Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | **Tip document | ***Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | S |
|----------|------------|------|--------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------|----------------|---------|---------------------------|-------------------------------------|---|
|          | Nr.        | Data |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
|          | 2.1        | 2.2  |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| 1        | 2          |      | 3                        | 4                | 5                | 6                 | 7                      | 8                              | 9              | 10      | 11                        | 12                                  |   |
| ...      |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| ...      |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| n        |            |      |                          |                  |                  |                   |                        |                                |                |         |                           |                                     |   |
| TOTAL    | 1x         | x    | x                        | x                | x                | x                 | x                      | x                              | x              | x       |                           |                                     |   |

din care

Subtotal 1 - aferent rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul II.1 din anexa 8-c)

Subtotalul 2 - aferent rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul II.2 din anexa 8-c)

Subtotalul 3 - aferent rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul II.3 din anexa 8-c)

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17).

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

=(6)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

II.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul ..... lei

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Țara | Nr. card european | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiunea C1 | Lista C secțiunea C3 | Sublista D |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6    | 7                 | 8                         | 9                                   | 10         | 11         | 12                   | 13                   | 14         |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
|          |            |      |                            |                  |                  |      |                   |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x    | x                 |                           |                                     |            |            |                      |                      |            |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclus în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

=(7)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

II.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul ..... lei

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. și serie pașaport | *Tip document | Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiunea C1 | Lista C secțiunea C3 |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|---------------|------|---------------------------|-------------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                                     |            |            |                      |                      |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                                     |            |            |                      |                      |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6                     | 7             | 8    | 9                         | 10                                  | 11         | 12         | 13                   | 14                   |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                                     |            |            |                      |                      |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                                     |            |            |                      |                      |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                                     |            |            |                      |                      |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |               |      |                           |                                     |            |            |                      |                      |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x                     | x             | x    |                           |                                     |            |            |                      |                      |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

=(8)

Societatea farmaceutică .....

Farmacia ..... adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

II.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

| Nr. crt. | Bon fiscal |      | Serie și număr prescripție | Cod parafă medic | CNP/CID asigurat | Nr. și serie pașaport | Tip formular/document european | Țara | Total valoare prescripție | Total valoare compensare, din care: | Sublista A | Sublista B | Lista C secțiune C1 |
|----------|------------|------|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|------|---------------------------|-------------------------------------|------------|------------|---------------------|
|          | Nr.        | Data |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          | 2.1        | 2.2  |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| 1        | 2          |      | 3                          | 4                | 5                | 6                     | 7                              | 8    | 9                         | 10                                  | 11         | 12         | 13                  |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
|          |            |      |                            |                  |                  |                       |                                |      |                           |                                     |            |            |                     |
| TOTAL    | x          | x    | x                          | x                | x                | x                     | x                              | x    |                           |                                     |            |            |                     |

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

(la data 29-oct-2015 anexa 8<sup>C</sup> modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 988/2015](#))

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 300 bis din data de 30 aprilie 2015

Forma sintetică la data 26-iul-2016. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.