

NORME METODOLOGICE din 6 iunie 2006

de aplicare a [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare

EMITENT

- **MINISTERUL MUNCII, SOLIDARITĂȚII SOCIALE ȘI FAMILIEI**
- **MINISTERUL SĂNĂȚĂII PUBLICE**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 17 august 2006**

Data intrării în vigoare 17-08-2006

Formă consolidată valabilă la data 05-06-2020

Prezența formă consolidată este valabilă începând cu data de 17-04-2009 până la data de 05-06-2020

*) Textul inițial a fost publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 17 august 2006. Aceasta este forma actualizată de S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamț până la data de 17 aprilie 2009, cu modificările și completările aduse de [ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#).

Capitolul I Dispoziții generale

Articolul 1

Prezentele norme metodologice stabilesc modalitățile de reglementare a unor proceduri, metode și mijloace de aplicare unitară a prevederilor [Legii nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 2

În sensul prezentelor norme metodologice, următorii termeni se definesc astfel:

- a)** Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, denumită în continuare CNPAS, care are în subordine casele județene de pensii și Casa de Pensii a Municipiului București, denumite în continuare case teritoriale de pensii;
- b)** Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, denumit în continuare INEMRCM;
- c)** Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS;
- d)** medic curant - orice medic cu certificat de membru al Colegiului Medicilor din România avizat anual, care își desfășoară activitatea în unități prestatoare de servicii medicale, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv cu casele teritoriale de pensii;

Litera d) a art. 2 a fost modificată de pct. 1 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

- e)** servicii medicale - totalitatea intervențiilor medicale necesare rezolvării unui caz, respectiv tratamentul medical corespunzător leziunilor și afecțiunilor cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, servicii și produse pentru reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă;

Litera e) a art. 2 a fost modificată de pct. 1 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

- f)** referat medical - formular care atestă diagnosticul clinic, istoricul bolii, starea prezentă de sănătate, tratamentele urmate și planul de recuperare;
- g)** program individual de recuperare - include, pe lângă tratamentul balnear, tratament de fizioterapie, precum și protezarea în ambulatoriu sau spital, după caz;
- h)** program de reabilitare medicală - totalitatea serviciilor medicale prescrise de medicul curant din unitățile prestatoare de servicii medicale;
- i)** reabilitare medicală - totalitatea serviciilor medicale definite în conformitate cu [art. 23 din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, și care se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, destinate în exclusivitate recuperării capacității de muncă și înlăturării deficiențelor cauzate de accidente de muncă și boli profesionale;
- j)** venitul brut realizat lunar - se definește în conformitate cu prevederile cap. A "Contribuția de asigurări sociale" secțiunea a II-a "Contribuția de asigurări sociale (capitolul III din lege)" pct. 19 din Ordinul ministrului muncii și solidarității sociale nr. 340/2001
pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Legii nr. 19/2000

privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare, aplicat asiguraților prevăzuți de Legea nr. 346/2002 , cu modificările și completările ulterioare;

Litera j) a art. 2 a fost modificată de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Litera k) a art. 2 a fost abrogată de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

l) unități sanitare cu personalitate juridică - spitale care au în structură clinici/secții de boli profesionale, cabinete de medicina muncii, precum și Sanatoriul de Boli Profesionale Avrig;

m) validare - verificarea, confirmarea de către CNAS a calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, a documentelor justificative, a legalității serviciilor medicale și a contravalorii totale sau parțiale a facturilor.

n) furnizorii de servicii medicale - unitățile sanitare care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și/sau cu casele teritoriale de pensii.

Litera n) a art. 2 a fost introdusă de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Capitolul II

Raporturile de asigurare și riscuri asigurate

Secțiunea 1

Declarația pe propria răspundere

Articolul 3

În vederea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, angajatorul are obligația de a comunica asiguraătorului domeniul de activitate, conform Clasificării activităților din economia națională - CAEN, numărul de angajați, totalitatea veniturilor brute realizate lunar, precum și orice alte informații solicitate în acest scop.

Art. 3 a fost modificat de pct. 4 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 4

(1) Comunicarea datelor prevăzute la art. 3 se face pe baza declarației pe propria răspundere a angajatorului, prevăzută în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice.

(2) Declarația pe propria răspundere se depune la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia angajatorul își are sediul social.

Alin. (2) al art. 4 a fost modificat de pct. 5 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(3) Angajatorii care dobândesc personalitate juridică vor depune declarația pe propria răspundere în termen de 30 de zile de la data înregistrării primului contract de muncă.

Articolul 5

(1) Angajatorii au obligația de a anunța asiguraătorul despre modificările datelor de identificare sau ale activității principale stabilite în funcție de numărul cel mai mare de salariați.

(2) Angajatorul are obligația de a depune o nouă declarație pe propria răspundere, în termen de cel mult 15 zile de când au survenit modificările menționate la alin. (1).

Articolul 6

(1) Declarația pe propria răspundere se depune pe suport electronic, însoțită de cea pe suport hârtie.

(2) Declarația pe propria răspundere va purta semnăturile persoanelor autorizate, precum și ștampila angajatorului.

Articolul 7

Nedepunerea la termen a declarației pe propria răspundere, precum și nerespectarea obligației de comunicare a modificărilor survenite în legătură cu datele prevăzute de aceasta constituie contravenții și se pedepsesc în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Secțiunea a 2-a

Contractul individual de asigurare

Articolul 8

(1) Persoanele prevăzute la art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se pot asigura pentru accidente de muncă și boli profesionale, pe bază de contract individual de asigurare.

(2) Modelul contractului individual de asigurare este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice.

(3) Contractul individual de asigurare se încheie în formă scrisă și produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

Alin. (3) al art. 8 a fost introdus de pct. 6 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(4) Contractul individual de asigurare constituie titlu de creanță și devine titlu executoriu la data la care creanța bugetară este scadentă conform legii.

Alin. (4) al art. 8 a fost introdus de pct. 6 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 9

(1) Modificarea venitului asigurat înscris în contractul individual de asigurare se poate realiza prin încheierea unui act adițional la contractul individual de asigurare existent, în termen de 15 zile de la data când a survenit.

(2) Actul adițional încheiat la contractul individual de asigurare produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

Art. 9 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 10

Nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 constituie contravenție și se sancționează în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 10 a fost modificat de pct. 8 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 11

În termen de 10 zile de la modificarea cadrului legal privind contractul individual de asigurare, casele teritoriale de pensii au obligația să comunice în scris asiguraților natura și data de la care survin modificările.

Articolul 12

(1) Contractul individual de asigurare se poate rezilia oricând pe durata derulării acestuia, la inițiativa asiguratului.

(2) Contribuția pentru accidente de muncă și boli profesionale neachitată, precum și dobânzile și penalitățile aferente se urmăresc conform legislației privind creanțele bugetare.

Capitolul III

Prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Articolul 13

Persoana asigurată care a suferit un accident de muncă/o boală profesională are dreptul la prestațiile prevăzute de Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 13 a fost modificat de pct. 9 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 14

(1) Asiguratul are dreptul la tratament medical corespunzător leziunilor și afecțiunilor cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, servicii și produse pentru reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă, denumite în continuare servicii medicale.

(2) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) sunt acordate de furnizorii de servicii medicale definiți conform art. 2 lit. n).

Alin. (2) al art. 14 a fost modificat de pct. 10 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(3) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate de furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru cazurile de accidente de muncă și boli profesionale, se decontează conform prevederilor prezentelor norme metodologice.

(4) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate pentru cazurile de boli profesionale de unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală cu casele teritoriale de pensii, se decontează conform Procedurii de contractare și plată a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, stabilită potrivit anexelor nr. 3-6, cuprinzând definițiile formulelor de calcul utilizate. Modelul de contract se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS.

Alin. (4) al art. 14 a fost modificat de pct. 10 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(5) Dispozitivele medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, vor fi asigurate de INEMRCM, prin personal propriu sau prin terți.

(6) Dispozitivele medicale prevăzute la alin. (5) sunt cele stabilite în lista dispozitivelor medicale din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(7) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și prin lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică și care sunt destinate asigurării reabilitării medicale și recuperării capacității de muncă, în conformitate cu prevederile [Legii nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

(8) Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente pentru cazurile de boli profesionale și accidente de muncă sunt prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(9) În cazul unui accident de muncă sau al unei boli profesionale ce afectează lucrătorii români care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene sau al unui stat cu care România are încheiat un acord bilateral, serviciile medicale vor fi acordate de statul respectiv.

Alin. (9) al art. 14 a fost introdus de pct. 11 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(10) Cheltuielile generate de serviciile medicale respective vor fi suportate de instituția competentă din statul unde este asigurat lucrătorul. Acestea vor fi suportate la nivelul prevăzut în statul în care se acordă aceste servicii.

Alin. (10) al art. 14 a fost introdus de pct. 11 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Secțiunea 1

Reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă

Articolul 15

(1) Acordarea serviciilor medicale prevăzute la art. 23 alin. (2) și la [art. 116 alin. \(2\) lit. i\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 și pentru care se continuă reabilitarea medicală se va efectua cu respectarea dispozițiilor prezentelor norme metodologice.

(2) Pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de intrare în vigoare a [Legii protecției muncii nr. 90/1996](#), solicitantul trebuie să depună o adeverință de confirmare a înregistrării în Registrul de boli profesionale, emisă de direcțiile de sănătate publică.

(3) Pentru solicitările la care nu există fișe BP2 sau adeverința de confirmare emisă de direcția de sănătate publică, casele teritoriale de pensii nu efectuează decontări.

(4) Pentru situațiile în care fișele de declarare a cazului de boală profesională BP2 nu se mai regăsesc, direcția de sănătate publică emite la solicitare, în conformitate cu prevederile legale, în baza înregistrărilor pe care le deține, un duplicat al fișei BP2, ștampilat și semnat pentru conformitate.

Alin. (4) al art. 15 a fost introdus de pct. 12 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 16

(1) Reabilitarea medicală prevăzută pentru asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale presupune acordarea unor servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază acordat în cadrul sistemului

de asigurări sociale de sănătate și în lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(2) Furnizorii de servicii medicale vor depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale factura însoțită de desfășurătoarele activităților realizate pentru fiecare persoană asigurată, în vederea decontării acestora, potrivit legii.

Alin. (2) al art. 16 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(3) Pentru serviciile medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, unitățile sanitare respective vor emite, în vederea decontării, câte o factură și desfășurătorul activităților realizate, pentru fiecare caz tratat în parte și distinct pentru prestațiile medicale acordate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii.

Alin. (3) al art. 16 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(4) Serviciile medicale pentru tratamentul medical ambulatoriu prescris de medicul curant, precum și analizele medicale și medicamentele se vor tarifa în conformitate cu prevederile legale în vigoare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(5) Tarifele medicale aferente serviciilor medicale pentru reabilitarea medicală sunt cele stabilite în conformitate cu prevederile legislației în vigoare privind asigurările sociale de sănătate.

(6) Decontarea serviciilor medicale acordate asiguraților se va face numai pentru acele servicii generate de caracterul de muncă al accidentului sau de caracterul de profesionalitate al bolii și numai după confirmarea acestora, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 135 alin. (5) și (6) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Alin. (6) al art. 16 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(7) Contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților cu boală profesională confirmată după data de 1 ianuarie 2005, în unitățile sanitare cu personalitate juridică, se suportă de casele teritoriale de pensii cu care au contract de furnizare de servicii medicale, urmând a se efectua decontarea cu casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social angajatorul care a înregistrat boala profesională.

Alin. (7) al art. 16 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(8) Decontarea serviciilor medicale acordate lucrătorilor români asigurați conform prevederilor legislației române în vigoare, care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene sau al unui stat cu care România are încheiat acord bilateral, se va realiza în conformitate cu facturile și documentele justificative emise de instituția competentă din statul respectiv și formularele comunitare aferente.

Alin. (8) al art. 16 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 17

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligația ca, în termen de 5 zile lucrătoare de la acordarea serviciilor medicale, să transmită caselor teritoriale de pensii un referat medical privind starea de sănătate a bolnavului și indicațiile de tratament ulterioare pentru alte unități medicale, după caz.

(2) Medicul curant este obligat să completeze referatul medical prevăzut la alin. (1) și este răspunzător de veridicitatea și exactitatea informațiilor cuprinse în acesta.

(3) Modelul referatului medical este prevăzut în anexa nr. 7 la prezentele norme metodologice.

Articolul 18

(1) Casele teritoriale de pensii vor efectua decontarea serviciilor medicale prevăzute la art. 14 alin. (1)-(4) pentru fiecare persoană asigurată, în funcție de:

a) confirmarea caracterului de muncă al accidentului și a caracterului de profesionalitate al bolii prin proces-verbal de cercetare, formularul pentru înregistrarea accidentului de muncă (FIAM) sau fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 ori adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică, elaborate conform prevederilor Ordinului ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 3/2007

privind aprobarea Formularului pentru înregistrarea accidentului de muncă - FIAM, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 70 din 30 ianuarie 2007, și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.425/2006

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319 /2006

, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 882 din 30 octombrie 2006;

b) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, pentru asigurații care au beneficiat de servicii medicale ca urmare a accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale;

c) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică, pentru persoanele internate pentru care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, situație în care contravaloarea serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii se suportă din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat.

(2) Casa teritorială de pensii sau, după caz, compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM are dreptul de verificare a documentelor justificative, de monitorizare pe timpul tratamentului și de refuz de plată în condițiile în care serviciile medicale contravin prevederilor legale în vigoare.

(3) În vederea decontării cheltuielilor pentru serviciile medicale, CNAS, prin casele de asigurări de sănătate, va depune facturile și desfășurătoarele aferente serviciilor realizate de către furnizorii de servicii medicale, stabilite la alin. (1) lit. b), la casa teritorială de pensii din județul respectiv.

(4) La sfârșitul fiecărei luni, casele teritoriale de pensii comunică caselor de asigurări de sănătate numele și codul numeric personal ale asiguraților care au primit confirmare de accident de muncă sau boală profesională, precum și codul bolii conform clasificării internaționale a bolilor, în cazul bolilor profesionale.

(5) Termenul de depunere a documentelor de plată este data de 25 a lunii următoare celei în care casa de asigurări de sănătate a primit confirmarea caracterului de muncă al accidentului sau a caracterului de profesionalitate al bolii.

(6) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (5) se va face în termen de 15 zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casa teritorială de pensii, în condițiile îndeplinirii criteriilor prevăzute la alin. (1).

(7) Decontarea între casele teritoriale de pensii și unitățile sanitare cu personalitate juridică se face în condițiile prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru situațiile în care unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, emit facturi pentru tratarea bolilor al căror caracter profesional nu se confirmă, costurile aferente vor fi suportate de casele teritoriale de pensii ulterior validării documentelor de către casele de asigurări de sănătate din aceeași rază administrativ-teritorială, urmând ca, în termen de 30 de zile de la înaintarea facturilor aferente desfășurătoarelor activităților realizate, casele de asigurări de sănătate să deconteze contravaloarea serviciilor medicale efectuate, mai puțin contravaloarea serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii.

(9) Casele teritoriale de pensii vor înainta spre validare caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile de la data primirii documentelor justificative, lista cuprinzând CNP-urile pacienților internați în clinicile/secțiile de boli profesionale, reprezentând cazuri la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, precum și documentele justificative aferente.

(10) Validarea se va realiza în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor de către casele de asigurări de sănătate.

(11) În termen de 5 zile de la data validării, casele de asigurări de sănătate comunică caselor teritoriale de pensii CNP-urile pacienților, precum și documentele justificative validate.

(12) În vederea decontării serviciilor medicale prevăzute la alin. (8), casele teritoriale de pensii transmit lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care urmează să se facă decontarea serviciilor medicale, către casele de asigurări de sănătate documentele justificative, respectiv factura și desfășurătoarele serviciilor medicale realizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(13) În baza documentelor validate de casele de asigurări de sănătate, casele teritoriale de pensii decontează către furnizorii de servicii medicale contravaloarea prevăzută în aceste documente.

(14) Desfășurătoarele activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, menționate la alin. (1) lit. b), sunt desfășurătoarele reglementate de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, stabilite prin ordin al președintelui CNAS.

Art. 18 a fost modificat de pct. 14 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 18^1

(1) Tratamentul prescris de medicul de medicina muncii se comunică medicului de familie prin scrisoare medicală.

(2) Medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, prescripțiile medicale fiind completate în conformitate cu reglementările

cuprinse în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 849/297 /2003 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, precum și cele cu timbru sec și a normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, precum și cele cu timbru sec.

(3) Pe baza centralizatoarelor cu evidențe distincte întocmite de furnizorii de medicamente aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru prescripțiile ce cuprind medicamentele prescrise de medicii de familie la recomandarea medicilor de medicina muncii, casa de asigurări de sănătate transmite casei teritoriale de pensii, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, solicitarea de decontare, care se va realiza în termen de 30 de zile.

Art. 18¹ a fost introdus de pct. 15 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 18²

(1) Unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, vor emite, în vederea decontării, câte o factură care să conțină distinct serviciile medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, precum și desfășurătorul activităților realizate, pentru fiecare caz în parte, precum și o factură cu celelalte servicii medicale acordate.

(2) Contravaloarea cumulată a facturilor aferente serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, precum și serviciilor medicale acordate pentru rezolvarea fiecărui caz în parte nu trebuie să depășească tariful mediu pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești, tarif negociat între casele teritoriale de pensii și secțiile/clinicile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, conform prevederilor cuprinse în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului sănătății publice nr. 450/825/2006.

(3) Lista serviciilor medicale prestate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, a tarifelor aferente acestora, precum și procedura privind investigarea și diagnosticarea bolilor profesionale se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei și protecției sociale.

(4) Serviciile prevăzute la art. 135 alin. (13) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, vor face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare a serviciilor medicale în secții/clinici de boli profesionale și cabinete de medicina muncii, încheiat între unitățile sanitare cu personalitate juridică și casele teritoriale de pensii.

(5) Pentru cazurile infirmate, decontarea serviciilor medicale se realizează cu respectarea procedurii stabilite la art. 18 alin. (8)-(14), avându-se în vedere că prestațiile medicale acordate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii se suportă din sumele prevăzute cu această destinație din bugetul asigurărilor sociale de stat.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (5) și care nu au fost validate de casa de asigurări de sănătate, casa teritorială de pensii refuză plata.

(7) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (1) se face în termen de 25 de zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casele teritoriale de pensii.

Art. 18² a fost introdus de pct. 15 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 19

(1) Contravaloarea serviciilor medicale corespunzătoare cazurilor de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 sau contravaloarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale ori fizice pentru cazurile de accidente de muncă sau boli profesionale, confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005, acordate conform prezentelor norme metodologice, se suportă din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

Alin. (2) al art. 19 a fost abrogat de pct. 16 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 20

(1) Tratamentele de recuperare prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. d) și curele balneoclimaterice prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. f), precum și la alin. (2) lit. c) și e) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, trebuie analizate și avizate de către medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii.

(2) Curele balneoclimaterice prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. f) și alin. (2) lit. e) din Legea nr. 346/2002 , cu modificările și completările ulterioare, includ biletele pentru tratamentul balnear care se acordă pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă.

(3) Medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii stabilește programul individual de recuperare medicală a victimelor accidentelor de muncă și bolilor profesionale în vederea acordării biletelor pentru tratament balnear.

(4) În caz de accident de muncă și boli profesionale, biletele pentru tratament balnear se eliberează în conformitate cu criteriile în baza cărora se acordă biletele pentru tratamentul balnear, stabilite prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 20 a fost modificat de pct. 17 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 21

Chirurgia reparatorie este destinată numai cazurilor care presupun refacerea capacității de muncă, a cărei pierdere a rezultat ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale confirmate.

Articolul 22

(1) Asiguratul beneficiază, în baza unei cereri, de dispozitive medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice pentru cazurile de accidente de muncă ori boli profesionale, potrivit prevederilor art. 24 alin. (1) din Legea nr. 346/2002 , cu modificările și completările ulterioare.

Alin. (1) al art. 22 a fost modificat de pct. 18 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(2) Cererea se adresează casei teritoriale de pensii pe raza căreia asiguratul își are domiciliul și va fi însoțită de recomandarea medicului curant.

(3) Modelul cererii pentru acordarea de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(4) După primirea cererii și a recomandării medicului curant, fiecărui asigurat i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă documentele menționate, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

(5) În cazul în care unui asigurat îi încetează contractul individual de muncă, respectiv contractul individual de asigurare, i se acordă dreptul la prestații și servicii medicale doar dacă face dovada cu documente, potrivit legii, că este victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale cauzate de factori de risc specifici locului /locurilor de muncă în care a fost angajat/pe perioada asigurată.

Alin. (5) al art. 22 a fost modificat de pct. 18 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 23

Nivelul de decontare a dispozitivelor prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.229 /2005.

Articolul 24

(1) Cererile prevăzute la art. 22 alin. (2) se analizează și se soluționează de către casa teritorială de pensii.

(2) Prin decizie motivată cererea se poate admite, total sau parțial, ori se poate respinge.

(3) Termenul de soluționare a cererilor este de 30 de zile de la data înregistrării.

Articolul 25

Casa teritorială de pensii va comunica asiguratului modalitatea prin care poate intra în posesia acestor prestații, conform anexei nr. 9 la prezentele norme metodologice.

Articolul 26

(1) Pentru acordarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, în cazurile prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 alin. (2) din Legea nr. 346/2002 , cu modificările și completările ulterioare, solicitanții vor depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își au domiciliul o cerere, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

Alin. (1) al art. 26 a fost modificat de pct. 19 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(2) Solicitantul va atașa la cerere următoarele acte:

a) FIAM sau, pentru cazurile când acesta nu există, procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului sau adeverință de confirmare a înregistrării accidentului de muncă la inspectoratul teritorial de muncă;

b) fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 sau adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică;

c) recomandarea medicului curant.

(3) Pentru accidentele de muncă sau bolile profesionale petrecute anterior aplicării Legii nr. 5/1965 cu privire la protecția muncii, cu modificările ulterioare, constituie dovadă a accidentului de muncă sau a bolii profesionale orice act oficial emis de către o autoritate competentă.

Alin. (3) al art. 26 a fost modificat de pct. 19 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(4) Acordarea prestațiilor prevăzute la alin. (1) se va efectua cu respectarea prevederilor art. 23, 24 și 25.

Articolul 27

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligația de a informa, de îndată, casa teritorială de pensii, în cazul în care asiguratul nu respectă programul individual de recuperare stabilit.

(2) Personalul cu atribuții din cadrul casei teritoriale de pensii verifică și constată respectarea de către asigurat a programului individual de recuperare.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de recuperare stabilit, personalul cu atribuții al casei teritoriale de pensii propune suspendarea serviciilor pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă a asiguratului, în conformitate cu prevederile [art. 26 din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare.

(4) În cazul în care asiguratul nu urmează sau nu respectă programul individual de recuperare din motive care îi sunt imputabile, casa teritorială de pensii este exonerată de orice răspundere în ceea ce privește deteriorarea stării de sănătate a acestuia.

(5) Reluarea programului individual de recuperare medicală care a fost suspendat din cauze imputabile asiguratului se poate executa la solicitarea scrisă a acestuia, dar cu condiția suportării de către acesta a tuturor costurilor suplimentare generate de întreruperea programului.

(6) Reluarea programului individual de recuperare medicală va fi aprobată de casa teritorială de pensii, la solicitarea motivată a asiguratului.

Secțiunea a 2-a Reabilitare și reconversie profesională

Articolul 28

Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, care, deși nu și-a pierdut complet capacitatea de muncă, nu mai poate desfășura activitatea pentru care s-a calificat, beneficiază, la cerere, de cursuri de recalificare sau reconversie profesională.

Articolul 29

(1) Pentru crearea condițiilor necesare efectuării cursurilor prevăzute la [art. 29 din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, casele teritoriale de pensii au obligația ca anual să încheie contracte cu furnizorii de formare profesională autorizați, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă, autorizați conform reglementărilor în vigoare.

(2) Contractele dintre casele teritoriale de pensii și furnizorii de formare profesională, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă se vor efectua cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(3) Modelul contractelor prevăzute la alin. (1) va fi stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Articolul 30

(1) În vederea aprobării participării la cursurile de recalificare sau reconversie profesională, asiguratul trebuie să depună o cerere la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia își are domiciliul.

(2) Modelul cererii de participare la cursul de recalificare sau reconversie profesională este prevăzut în anexa nr. 10 la prezentele norme metodologice.

Articolul 31

După primirea cererii, asiguratului i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă cerere, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

Articolul 32

(1) În termen de 15 zile de la primirea cererii, asiguratului i se vor comunica instituția și data la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

(2) Comunicarea locului și datei la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale se va face prin invitație scrisă, conform anexei nr. 11 la prezentele norme metodologice.

Articolul 33

(1) După aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă autorizați au obligația să transmită casei teritoriale de pensii concluziile examinării, împreună cu propunerile legate de activitățile pe care asiguratul le mai poate efectua.

(2) Comunicarea concluziilor se va face în termen de 5 zile de la data efectuării examinării, sub forma unui referat.

Articolul 34

(1) În termen de 15 zile de la primirea concluziilor, pe baza dosarului și a concluziilor aprecierii stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea, prin decizie motivată.

(2) Decizia va cuprinde propuneri privind unul sau mai multe cursuri de reconversie profesională, furnizorul acestora, programul de instruire, precum și modalitatea de absolvire.

Articolul 35

(1) Decizia se comunică asiguratului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(2) Asiguratul poate accepta sau refuza propunerea casei teritoriale de pensii, în termen de 15 zile de la primirea acesteia.

Articolul 36

În cazul în care asiguratul acceptă propunerile casei teritoriale de pensii, acestuia i se vor comunica furnizorul de formare profesională, locul și data începerii cursului, în termen de 5 zile de la stabilirea acestora, prin invitație scrisă, conform anexei nr. 12 la prezentele norme metodologice.

Articolul 37

Dacă asiguratul refuză cursurile propuse de casa teritorială de pensii, acesta își pierde dreptul la prestații privind reabilitarea și reconversia profesională.

Articolul 38

(1) Asiguratul are obligația de a respecta programul de instruire stabilit de organizatorul acestuia.

(2) Nerespectarea programului de instruire de către asigurat atrage întreruperea efectuării acestuia, precum și suspendarea dreptului la indemnizație.

Articolul 39

Asiguratul are dreptul la o singură examinare finală gratuită a cursului de reabilitare sau reconversie profesională.

Articolul 40

Furnizorii de formare profesională au obligația de a anunța orice încălcare de către asigurat a programului de instruire profesională.

Articolul 41

Pe durata cursurilor, asiguraților li se acordă o indemnizație în conformitate cu prevederile secțiunii a 3-a din prezentul capitol.

Secțiunea a 3-a

Indemnizațiile prevăzute de [Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare

Articolul 42

În sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se acordă următoarele tipuri de indemnizații:

- a) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă;
- b) indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
- c) indemnizație pentru reducerea timpului de muncă;
- d) indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională.

Articolul 43

(1) Indemnizațiile se calculează și se plătesc de către angajatori și se deduc din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică și asiguraților pentru care a intervenit suspendarea de drept a raporturilor de muncă ori de serviciu, ca urmare a incapacității temporare de muncă datorate unui accident de muncă sau unei boli profesionale.

Alin. (2) al art. 43 a fost modificat de pct. 20 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(3) Casele teritoriale de pensii preiau în plată indemnizațiile prevăzute la art. 42, după caz:

a) pentru persoanele al căror angajator și-a încetat activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, pentru persoanele asigurate prin contract individual de asigurare, precum și pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj pe toată durata efectuării practicii profesionale în cadrul cursurilor organizate potrivit legii;

b) pentru situațiile în care a expirat termenul pentru care a fost încheiat contractul individual de muncă, a expirat termenul pentru care a fost exercitată funcția publică ori a expirat mandatul în baza căruia s-a desfășurat activitatea în funcții electivă ori în funcții numite în cadrul autorității judecătorești, inclusiv în cazul șomerilor aflați în incapacitate temporară de muncă ca urmare a unei boli profesionale.

Alin. (3) al art. 43 a fost modificat de pct. 20 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(4) Pentru situațiile în care angajatorul își încetează activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, acesta are obligația de a transmite către casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social toate actele doveditoare din care să reiasă această stare de fapt.

Alin. (4) al art. 43 a fost modificat de pct. 20 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 44

(1) Indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se plătesc pe baza cererii-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, și a celorlalte acte prevăzute de reglementările legale în vigoare, exclusiv indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă, pentru a cărei acordare nu este necesară completarea cererii-tip.

(2) În vederea obținerii drepturilor privind indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, asigurații conform art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, vor completa cererea-tip prevăzută la alin. (1) pentru toate situațiile, fără excepție.

(3) În afara cererii-tip prevăzute la alin. (1), pentru obținerea indemnizațiilor mai sunt necesare următoarele documente:

a) certificatul de concediu medical;

b) procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă;

c) FIAM sau procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului, respectiv fișa BP2, după caz.

(4) Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (3), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune certificatul de concediu medical, copie de pe carnetul de șomer vizat la zi, după caz, și o cerere-tip conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice.

Alin. (4) al art. 44 a fost modificat de pct. 21 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Alin. (5) al art. 44 a fost abrogat de pct. 22 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(6) Cererea prevăzută la alin. (4), pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (3), se va depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social angajatorul sau la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul.

Alin. (6) al art. 44 a fost modificat de pct. 21 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 45

Cererea-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale se depune la casele teritoriale de pensii:

a) de către angajatori sau instituția care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, după caz, odată cu Declarația privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat;

Litera a) a art. 45 a fost modificată de pct. 23 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

b) de către celelalte categorii de asigurați, la data solicitării prestației.

Articolul 46

Cererea prevăzută la art. 45 se aprobă sau se respinge prin decizie motivată a directorului executiv al casei teritoriale de pensii, în termen de cel mult 30 de zile de la înregistrarea acesteia. Decizia se comunică atât asiguratului, cât și angajatorului sau instituției care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, după caz.

Art. 46 a fost modificat de pct. 24 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 47

(1) Sumele reprezentând indemnizații care se plătesc de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice se rețin de către acesta din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, datorată pentru luna respectivă.

(2) Indemnizațiile se plătesc pentru numărul de zile lucrătoare din duratele exprimate în zile calendaristice ale concediilor medicale sau pentru numărul de zile lucrătoare din perioada în care persoana asigurată urmează cursuri de reconversie profesională, beneficiază de reducerea timpului normal de muncă sau de trecerea temporară în alt loc de muncă.

(3) Sumele reprezentând indemnizații plătite de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice, care depășesc cuantumul contribuției datorate de acesta în luna respectivă, se recuperează din fondul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale de la casa teritorială de pensii pe raza căreia se află sediul sau domiciliul acestuia.

(4) Indemnizațiile pe care angajatorii le achită fără îndeplinirea condițiilor legale și pe care aceștia le decontează cu sistemul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale reprezintă sume încasate necuvenit, care constituie debite ce urmează să fie recuperate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 48

În cazul asiguraților care se regăsesc în două sau mai multe dintre situațiile prevăzute la art. 5, 6 și 7 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, și care desfășoară activitate la mai mulți angajatori, indemnizațiile prevăzute la art. 42 se plătesc o singură dată de către angajatorul la care a avut loc accidentul de muncă sau la care s-a declarat boala profesională.

Articolul 49

(1) Indemnizațiile se achită beneficiarului, reprezentantului legal sau mandatarului desemnat prin procură de către acesta.

(2) Indemnizațiile pot fi solicitate, pe baza actelor justificative, în termenul de prescripție de 3 ani, calculat de la data la care beneficiarul era în drept să le solicite.

(3) Cuantumul indemnizațiilor solicitate potrivit alin. (2) se achită la nivelul convenit în perioada prevăzută în certificatul medical.

Articolul 50

Plata indemnizațiilor încetează începând cu ziua următoare celei în care:

a) beneficiarul a decedat;

b) beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile legale pentru acordarea indemnizațiilor;

c) beneficiarul și-a stabilit domiciliul pe teritoriul unui stat care nu este membru al Uniunii Europene sau cu care România nu are încheiat acord bilateral privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale.

Litera c) a art. 50 a fost modificată de pct. 25 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Litera d) a art. 50 a fost abrogată de pct. 26 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Secțiunea a 4-a

Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă

Articolul 51

Asigurații beneficiază de o indemnizație pe perioada în care se află în incapacitate temporară de muncă datorită unui accident de muncă sau datorită unei boli profesionale, indiferent de momentul producerii acestuia/acesteia.

Articolul 52

(1) Cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă 80% din baza de calcul.

(2) În cazul urgențelor medico-chirurgicale, cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este de 100% din baza de calcul.

(3) Baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă:

a) media veniturilor brute realizate lunar de către salariat în ultimele 6 luni, anterioare manifestării riscului; în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, baza de calcul a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă o constituie media veniturilor brute realizate lunar pe baza cărora s-a achitat contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

b) în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă o constituie venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția;

c) veniturile stipulate de către asigurații individuali în contractele pe baza cărora s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

d) drepturile acordate în perioada respectivă pentru șomerii care urmează cursuri de recalificare sau de reconversie profesională.

Alin. (3) al art. 52 a fost modificat de pct. 27 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Alin. (4) al art. 52 a fost abrogat de pct. 28 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 53

(1) Pentru plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, aferente concediilor medicale acordate cu întrerupere între ele, acestea se iau în considerare separat, durata lor nu se cumulează, iar plata se suportă conform art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru afecțiuni diferite, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se calculează și se plătește separat, iar plata se suportă conform art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(3) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru aceeași afecțiune, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se calculează conform prevederilor art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 54

Indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă se acordă pe o durată de cel mult 180 de zile în interval de un an, socotite de la prima zi de îmbolnăvire. Începând cu a 91-a zi, concediul medical se poate prelungi până la 180 de zile, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

Art. 54 a fost modificat de pct. 29 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 55

(1) Medicul curant poate propune, în situații temeinic justificate, prelungirea concediului pentru incapacitate temporară de muncă, peste 180 de zile, în scopul evitării pensionării de invaliditate și menținerii asiguratului în activitate.

(2) Medicul expert al asigurărilor sociale decide, după caz, prelungirea concediului medical pentru continuarea programului de recuperare, trecerea temporară în alt loc de muncă, reducerea timpului de muncă, reluarea activității în aceeași profesie sau într-o altă profesie ori pensionarea de invaliditate.

(3) Prolungirea concediului medical, peste 180 de zile, se face pentru cel mult 90 de zile, conform procedurilor stabilite de CNPAS, în raport cu evoluția cazului și cu rezultatele acțiunilor de recuperare.

Secțiunea a 5-a

Indemnizația pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și indemnizația pentru reducerea timpului de muncă

Articolul 56

Asiguratul care, datorită unei boli profesionale sau datorită unui accident de muncă, nu își mai poate desfășura activitatea la locul de muncă anterior manifestării riscului asigurat sau care nu mai poate realiza durata normală de muncă poate beneficia, la cerere, de trecerea temporară în alt loc de muncă ori de o reducere cu o pătrime a timpului normal de lucru.

Articolul 57

(1) Asiguratul își poate relua activitatea la vechiul loc de muncă sau poate realiza programul normal de lucru, înainte de expirarea perioadei maxime de reducere a programului de lucru, prevăzută de legislația în vigoare, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

(2) Angajatorul va înștiința casa teritorială de pensii, în termen de cel mult 5 zile, despre modificarea intervenită în situația asiguratului.

Articolul 58

(1) **Cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor brute realizate lunar din ultimele 6 luni și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.**

(2) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, **cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor brute realizate lunar pe baza cărora s-a achitat contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.**

(3) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, **cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.**

Art. 58 a fost modificat de pct. 30 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 59

Indemnizațiile pentru trecerea temporară în alt loc de muncă, precum și pentru reducerea timpului de muncă se acordă pentru o perioadă de cel mult 90 de zile într-un an calendaristic, în una sau mai multe etape.

Secțiunea a 6-a

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională

Articolul 60

(1) Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale beneficiază, la cerere, în condițiile legii, de o indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau de reconversie profesională.

(2) Indemnizația se acordă numai dacă asiguratul respectă integral programul de instruire pe toată durata cursurilor.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de instruire din motive ce îi sunt imputabile, organizatorul cursurilor de recalificare sau reconversie profesională înștiințează de îndată casa teritorială de pensii care sistează plata indemnizației.

(4) Prevederile alin. (3) nu se aplică în cazurile de forță majoră. Forța majoră se dovedește cu acte.

(5) Constatarea cazurilor de forță majoră prevăzute la alin. (4) se efectuează de către personalul împuternicit al casei teritoriale de pensii.

Articolul 61

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare ori reconversie profesională se acordă lunar și reprezintă 70% din suma veniturilor brute realizate, avută la data survenirii accidentului de muncă sau a bolii profesionale.

Art. 61 a fost modificat de pct. 31 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 62

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională se acordă doar dacă persoana asigurată nu beneficiază în paralel de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă ori de pensie de invaliditate de gradul III, acordată potrivit reglementărilor în vigoare.

Secțiunea a 7-a

Compensațiile pentru atingerea integrității

Articolul 63

Au dreptul la o compensație pentru atingerea integrității asigurații care în urma accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale rămân cu leziuni permanente care produc deficiențe și reduc capacitatea de muncă între 20-50%, exclusiv cazurile cărora li se recunoaște, prin decizie, invaliditatea.

Articolul 64

Compensațiile pentru atingerea integrității se acordă doar dacă accidentul de muncă a antrenat o incapacitate temporară de muncă mai mare de 3 zile, conform definiției accidentului de muncă.

Articolul 65

Salariul mediu brut care va fi utilizat la acordarea compensației pentru atingerea integrității va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care s-a produs accidentul de muncă sau pentru luna în care s-a declarat boala profesională, după caz.

Art. 65 a fost modificat de pct. 32 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 66

(1) În vederea obținerii compensației pentru atingerea integrității, persoana asigurată depune în termenul legal o cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, conform anexei nr. 13 la prezentele norme metodologice.

(2) Compensația pentru atingerea integrității se acordă de casa teritorială de pensii care a înregistrat cererea, urmând ca decontarea să se facă cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională, după caz, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL".

Art. 66 a fost modificat de pct. 33 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 67

(1) În termen de 15 zile de la depunerea cererii, medicul expert al asigurătorului stabilește prin decizie procentul de pierdere a capacității de muncă, în funcție de care casa teritorială de pensii stabilește cuantumul compensației pentru atingerea integrității.

(2) Compensația pentru atingerea integrității se acordă o singură dată în baza deciziei medicului expert al asigurătorului care efectuează o singură expertiză medicală pentru asigurații care au fost înregistrați cu un FIAM /BP2, după caz.

(3) În cazul asiguraților care, în momentul expertizării au mai multe boli profesionale, medicul expert emite o singură decizie, iar compensația pentru atingerea integrității se acordă o singură dată.

Art. 67 a fost modificat de pct. 34 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 68

(1) Grila privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității este prevăzută în anexa nr. 14 la prezentele norme metodologice.

(2) Grilele cuprinzând procentajele privind reducerea capacității de muncă se stabilesc prin decizie a președintelui CNPAS.

Secțiunea a 8-a

Despăgubirile în caz de deces

Articolul 69

În cazul decesului asiguratului ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, despăgubirea în caz de deces se acordă, la cerere, unei singure persoane fizice/juridice, care face dovada că a suportat cheltuielile ocazionate de deces.

Art. 69 a fost modificat de pct. 35 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 70

Despăgubirea în caz de deces se acordă pe baza următoarelor acte: cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, certificat de deces - original și copie, certificatul medical constatator al decesului în caz de boală profesională, actul de identitate al solicitantului, actul de stare civilă al solicitantului, care să ateste calitatea acestuia, și documente justificative din care să rezulte că au fost suportate cheltuielile ocazionate de deces, după caz.

Art. 70 a fost modificat de pct. 36 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 71

- (1) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea prin decizie motivată.
- (2) Termenul de soluționare a cererii este de 20 de zile de la data depunerii acesteia la casa teritorială de pensii.
- (3) Plata despăgubirii se efectuează prin casieria casei teritoriale de pensii.
- (4) Decizia se comunică petentului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.
- (5) Cuantumul despăgubirii în caz de deces este de 4 salarii medii brute pe economie.
- (6) Salariul mediu care va fi utilizat la plata despăgubirii în caz de deces va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care a survenit decesul asiguratului sau, după caz, ultimul salariu mediu brut pe economie cunoscut la data solicitării.

Articolul 72

După efectuarea plății despăgubirii în caz de deces, asiguratul are obligația de a înscrie pe versoul certificatului de deces original mențiunea "ACHITAT DESPĂGUBIRE ÎN CAZ DE DECES CONFORM LEGII Nr. 346/2002", data, semnătura și ștampila.

Articolul 72¹

- (1) Casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul va acorda despăgubirea, urmând să efectueze decontarea acesteia cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională, după caz.
- (2) Pentru efectuarea decontării, casa teritorială de pensie care a efectuat plata va transmite casei teritoriale de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională dosarul în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL", după caz.

Art. 72¹ a fost introdus de pct. 37 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Secțiunea a 9-a Rambursări de cheltuieli

Articolul 73

În vederea rambursării cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență sau de confecționarea unor dispozitive destinate să asigure recuperarea funcționalității organismului victimei accidentului de muncă, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile se adresează casei teritoriale de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă.

Articolul 74

- (1) Modelul cererii de rambursare a cheltuielilor este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.
- (2) Cererea se depune la sediul casei teritoriale de pensii, însoțită de documente justificative, după caz.

Articolul 75

- (1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență utilizând alte mijloace decât cele uzuale, aceasta trebuie să prezinte:
 - a) facturi sau alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora;
 - b) declarația pe propria răspundere a angajatorului sau a persoanei care a solicitat rambursarea, după caz, din care trebuie să reiasă caracterul de urgență al transportului, mijlocul de transport utilizat, precum și descrierea împrejurărilor care au impus utilizarea altor mijloace decât a celor uzuale pentru salvarea victimei accidentului de muncă;
 - c) dovada emisă de autoritatea competentă, din care să rezulte faptul că solicitantul nu înregistrează obligații restante la Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.
- (2) Pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma solicitată a fi rambursată se determină prin înmulțirea numărului de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban, respectiv a numărului de kilometri efectiv

realizați pentru mediul rural, cu consumul normat de combustibil pe kilometru parcurs și cu prețul mediu al combustibilului utilizat.

(3) Pentru serviciile de transport aerian și pe apă, suma solicitată a fi rambursată se calculează pe baza numărului de ore de zbor, respectiv a numărului de mile marine estimat, înmulțit cu costul mediu al unei ore de zbor, respectiv cu costul mediu pe mila marină.

(4) Tipurile de transport de urgență prevăzute la alin. (1) sunt altele decât cele ale unităților specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar și care îndeplinesc criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății Publice, precum și cele de acreditare.

Articolul 76

Medicul expert al asigurărilor sociale din cadrul casei teritoriale de pensii confirmă sau infirmă, prin referat motivat, faptul că salvarea victimei impunea transportul de urgență cu alte mijloace decât cele uzuale.

Articolul 76¹

(1) Cheltuielile de transport necesare pentru repatriere în cazul decesului unui lucrător asigurat conform prevederilor legale române în vigoare, ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, se suportă din sumele prevăzute cu această destinație, pentru accidente de muncă și boli profesionale, din bugetul asigurărilor sociale de stat, în baza cererii prevăzute în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) suportate de o persoană fizică sau juridică se decontează ulterior pe baza facturilor și documentelor justificative ce atestă caracterul de muncă sau, după caz, profesional al bolii, stabilite conform legislației în vigoare.

(3) Casa teritorială de pensii, în baza facturilor în original și a documentelor justificative care atestă caracterul de muncă sau, după caz, profesional al bolii, virează echivalentul sumei din valută în lei, de la data efectuării plății în contul persoanei fizice/juridice respective.

Art. 76¹ a fost introdus de pct. 38 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 77

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că ochelarii au fost deteriorați în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) Cheltuielile ocazionate de confecționarea ochelarilor vor fi decontate integral, fără a se depăși prețul de referință stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Articolul 78

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea aparatelor acustice, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului care trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat, documente din care să reiasă că aparatul acustic a fost deteriorat în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) În sensul prezentelor norme metodologice, prin sintagma aparat acustic se înțelege proteză auditivă.

Articolul 79

În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea protezelor oculare, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că proteza oculară a fost deteriorată în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie de pe procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

Articolul 80

(1) Rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aparatelor acustice, protezelor oculare se acordă de către casa teritorială de pensii care a înregistrat cererea prevăzută în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice și se decontează ulterior cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL".

Alin. (1) al art. 80 a fost modificat de pct. 39 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(2) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii poate solicita orice alte documente necesare în vederea emiterii deciziei de admitere/respingere a cererii de rambursare a cheltuielilor.

(3) Cererea de rambursare a cheltuielilor poate fi admisă în totalitate, admisă parțial sau respinsă.

(4) Împotriva deciziei de rambursare a cheltuielilor se poate face plângere la instanța judecătorească în a cărei rază teritorială se află domiciliul sau sediul reclamantului.

Articolul 81

(1) Nivelul maxim al prețurilor de referință la care se acordă rambursările de cheltuieli prevăzute la [art. 50 alin. \(1\) lit. a\) și b\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS și se actualizează anual cu coeficientul de inflație.

(2) Nivelul la care se acordă rambursări de cheltuieli pentru dispozitivele medicale implantabile prin intervenție chirurgicală este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.229/2005](#).

Articolul 82

(1) În vederea rambursării costurilor dispozitivelor medicale implantabile prin intervenție chirurgicală, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile depune o cerere la casa teritorială de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă ori la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul, urmând ca aceasta să facă decontarea ulterior cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa "CONFORM CU ORIGINALUL".

Alin. (1) al art. 82 a fost modificat de pct. 40 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(2) Modelul cererii este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(3) Solicitantul va atașa la cerere facturi și alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora, recomandarea medicului curant din care să rezulte necesitatea implantării, prin intervenție chirurgicală, a dispozitivului pentru care se solicită rambursarea.

Articolul 82¹

Rambursarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale acordate lucrătorilor asigurați conform prevederilor legislației române în vigoare se va realiza în conformitate cu formularele europene și documentele justificative trimise de instituțiile competente ale statelor membre ale Uniunii Europene sau ale țărilor prevăzute în acordurile bilaterale, care au acordat serviciile respective.

Art. 82¹ a fost introdus de pct. 41 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Capitolul IV

Comunicarea și evidența accidentelor de muncă

Titlul Cap. IV a fost modificat de pct. 42 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 83

Abrogat

Art. 83 a fost abrogat de pct. 43 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 84

(1) Comunicarea evenimentelor urmate de incapacitate temporară de muncă, invaliditate sau deces, al căror caracter de muncă a fost confirmat, se face obligatoriu de angajator către casa teritorială de pensii pe raza căreia s-a produs evenimentul, precum și către casa teritorială de pensii pe raza căreia angajatorul își are sediul social și va cuprinde următoarele documente:

a) formular pentru înregistrare a accidentelor de muncă - FIAM;

b) proces-verbal de cercetare a accidentului de muncă.

(2) Comunicarea incidentelor periculoase transmise caselor teritoriale de pensii se face prin proces-verbal de cercetare a incidentului periculos.

Art. 84 a fost modificat de pct. 44 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 85

Abrogat

Art. 85 a fost abrogat de pct. 45 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 86

Abrogat

Art. 86 a fost abrogat de pct. 45 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 87

Abrogat

Art. 87 a fost abrogat de pct. 45 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 88

Abrogat

Art. 88 a fost abrogat de pct. 45 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 89

Abrogat

Art. 89 a fost abrogat de pct. 45 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 90

Abrogat

Art. 90 a fost abrogat de pct. 45 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 91

În baza formularelor pentru înregistrare a accidentelor de muncă și a proceselor-verbale de cercetare a incidentelor periculoase, casele teritoriale de pensii vor ține evidența accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase înregistrate de angajatorii care își au sediul social pe teritoriul județului respectiv sau în municipiul București, după caz.

Art. 91 a fost modificat de pct. 46 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Capitolul V Boli profesionale

Articolul 92

(1) Direcțiile de sănătate publică transmit casei teritoriale de pensii fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2, ștampilată de autoritatea emitentă.

Alin. (1) al art. 92 a fost modificat de pct. 47 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

(2) Fișele BP2 se primesc, prin registratură, la casa teritorială de pensii și sunt transmise către Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale.

Articolul 93

(1) Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale transmite fișele BP2 pentru a fi verificate de Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM.

(2) Compartimentul de accidente de muncă și boli profesionale va lua în evidență fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 după confirmarea acesteia de către INEMRCM.

Alin. (2) al art. 93 a fost introdus de pct. 48 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 94

(1) În termen de 7 zile lucrătoare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM va transmite acceptul diagnosticului de profesionalitate din fișa BP2 prin adresa care va conține:

- a) codul bolii conform clasificării internaționale a bolilor;
- b) codul de indemnizație;
- c) codul bolii pentru care se acceptă rambursarea de cheltuieli.

(2) În cazul în care se consideră necesară reanalizarea dosarului medical de cercetare a bolii profesionale aflat în direcția de sănătate publică, termenul se poate prelungi până la finalizarea acesteia.

Articolul 95

Personalul specializat al Compartimentului de medicina muncii din cadrul INEMRCM are următoarele atribuții:

- a) verifică fișele BP2 sau, după caz, dosarul medical de cercetare, în conformitate cu prevederile prezentului capitol;
- b) întocmește informări semestriale cu privire la cauzele bolilor profesionale;

Litera b) a art. 95 a fost modificată de pct. 49 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

c) monitorizează activitatea prestată de unitățile sanitare cu personalitate juridică în baza contractelor încheiate cu casele teritoriale de pensii și acordă la solicitarea acestora consultanță cu privire la serviciile medicale efectuate de unitățile sanitare pentru cazurile de boli profesionale confirmate, externate/rezolvate.

Litera c) a art. 95 a fost modificată de pct. 49 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Litera d) a art. 95 a fost abrogată de pct. 50 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 96

În cazul în care, ca urmare a analizării dosarului medical de cercetare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM constată neconformități ale dosarului, solicită direcției de sănătate publică competente reanalizarea acestuia.

Capitolul VI

Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale

Articolul 97

Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale reprezintă activitatea principală a asigurătorului, destinată îmbunătățirii condițiilor de muncă.

Articolul 98

(1) În scopul desfășurării activității de prevenire, CNPAS dispune de personal cu specializare tehnică sau medicală.

(2) În situații temeinic justificate, la propunerea directorilor executivi ai caselor teritoriale de pensii, CNPAS aprobă angajarea de personal cu pregătire juridică pentru activitatea de prevenire.

Articolul 99

În domeniul prevenirii asigurătorul desfășoară următoarele activități în scopul eliminării ori reducerii accidentelor de muncă sau bolilor profesionale:

Partea introductivă a art. 99 a fost modificată de pct. 51 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

- a) participarea la acțiuni de prevenire la nivel național;

Litera a) a art. 99 a fost modificată de pct. 51 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

b) stabilirea de programe de prevenire prioritare în domeniul său de activitate, în baza situațiilor concrete identificate în timpul vizitelor la locurile de muncă și a evidenței evenimentelor înregistrate;

Litera b) a art. 99 a fost modificată de pct. 51 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

- c) consiliere cu privire la cele mai potrivite metode de evaluare a riscurilor, adaptate specificului locului de muncă;

d) efectuarea de recomandări cu caracter tehnic pentru remedierea deficiențelor din punctul de vedere al securității și sănătății în muncă;

Litera d) a art. 99 a fost modificată de pct. 51 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

e) propunerea efectuării și finanțării de studii și analize institutelor de cercetare de specialitate, în vederea fundamentării măsurilor de prevenire prioritare din domeniul de activitate al asiguratorului;

Litera e) a art. 99 a fost modificată de pct. 51 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

f) consilierea angajatorilor la întocmirea instrucțiunilor proprii;

g) recomandarea de măsuri de prevenire și urmărirea aplicării lor;

h) elaborarea și propunerea de forme și mijloace de educare pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

i) consilierea angajatorilor în domeniul securității și sănătății în muncă.

Litera i) a art. 99 a fost modificată de pct. 51 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Litera j) a art. 99 a fost abrogată de pct. 52 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Capitolul VII

Organizarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Criterii de autorizare a asociațiilor profesionale

Articolul 100

În vederea îndeplinirii dispozițiilor [art. 84 alin. \(4\) din Legea nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, CNPAS stabilește criteriile de autorizare a asociațiilor profesionale.

Articolul 101

(1) Criteriile utilizate în vederea autorizării asociațiilor profesionale sunt structurate după cum urmează:

a) statutul juridic;

b) organizare și funcționare;

c) mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității specifice;

d) criteriile deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale.

(2) În funcție de situația concretă a furnizorilor de servicii de prevenire pot fi adoptate și criterii suplimentare.

Statutul juridic

Articolul 102

Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să fie asociații profesionale române, constituite în condițiile [Ordonanței Guvernului nr. 26/2000](#) cu privire la asociații și fundații, cu modificările și completările ulterioare.

Organizare și funcționare

Articolul 103

Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să dispună de o conducere și o structură administrativ-organizatorică, care să confere independență de decizie în afara oricăror interese și imparțialitate în judecarea și instrumentarea solicitărilor.

Articolul 104

În cazul în care asociațiile profesionale solicită autorizarea pentru mai multe domenii de specialitate, corespunzătoare profilului unor grupe specializate de activitate de prevenire diferite, implicând și un volum mare de activitate de prevenire, în structura lor organizatorică trebuie să existe un compartiment sau un coordonator de activitate de prevenire, pentru a asigura armonizarea și coordonarea procedurală, precum și lucrările de secretariat și evidență aferente acestei activități.

Articolul 105

[Asociațiile profesionale de asigurare](#) trebuie să dispună de un sistem propriu de management al calității certificat conform standardelor în vigoare.

Art. 105 a fost modificat de pct. 53 al [art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Articolul 106

Astfel, pentru activitatea de prevenire asociațiile profesionale trebuie să demonstreze că pentru fiecare dintre activitățile solicitate există unul sau mai mulți specialiști care sunt formați pentru aceste domenii.

Mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității

Articolul 107

(1) Asociațiile profesionale au obligația de a face dovada existenței mijloacelor tehnice și logistice, precum și a resurselor necesare pentru desfășurarea adecvată a activității de elaborare a programelor de prevenire în domeniile de specialitate aferente, astfel încât să se poată fundamenta conținutul programului de prevenire și aprecierea aferentă, în vederea garantării aptitudinii la utilizare în societăți a procedeele care fac obiectul programului.

(2) Prezentarea acestor mijloace tehnice și logistice trebuie să cuprindă:

- a) numărul total de personal, din care personal cu studii superioare (din care personal atestat) defalcat pe domeniile de specialitate aferente activității de prevenire;
- b) lista dotărilor tehnice (echipamente) și logistice (tehnică de calcul, software) existente, absolut necesare pentru desfășurarea activității în domeniile de specialitate respective.

Articolul 108

Situația financiară, menită să asigure stabilitate și suport financiar adecvat pentru desfășurarea activităților specifice fără presiuni exterioare de orice natură, se demonstrează prin indicatorii și mijloacele financiare rezultate din ultimul bilanț anual și din bugetul pe anul în curs (sau din alte documente în ceea ce privește: cifra de afaceri, profit sau pierderi, finanțarea activității etc.).

Articolul 109

Abrogat

Art. 109 a fost abrogat de pct. 54 al art. I din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009.

Criterii deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale

Articolul 110

Prin criteriile deontologice pentru personalul asociațiilor profesionale se urmărește îndeplinirea următoarelor cerințe:

- a) asigurarea obiectivității și imparțialității în executarea activității specifice;
- b) păstrarea secretului profesional;
- c) asigurarea independenței personalului în instrumentarea activităților și luarea deciziilor aferente.

Articolul 111

Evaluarea acestor criterii se face pe baza prevederilor din documentele interne ale asociațiilor profesionale.

Articolul 112

(1) În același timp, prin îndeplinirea criteriilor deontologice se are în vedere nivelul de confidențialitate și securitate al activității și documentelor specifice.

(2) Nivelul de confidențialitate și securitate se evaluează pe baza următoarelor subcriterii:

- a) asigurarea confidențialității informațiilor vehiculate în cadrul desfășurării activității de prevenire și a celor cuprinse în documentele elaborate și arhivate;
- b) limitarea accesului la documentele din arhivă prin dispoziții scrise ale conducerii furnizorilor de servicii de prevenire;
- c) luarea de măsuri pentru ca personalul implicat în activitatea de prevenire să nu aibă acces la elementele de secret profesional care nu îl privesc;
- d) limitarea prin măsuri specifice a difuzării elementelor confidențiale către întreaga masă a personalului din cadrul furnizorului de servicii de prevenire;
- e) luarea de măsuri pentru păstrarea în siguranță a documentelor privind activitatea de prevenire.

(3) Evaluarea acestor criterii se face în baza prevederilor din documentele interne ale furnizorilor de servicii de prevenire.

Capitolul VIII

Contribuțiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Articolul 113

În conformitate cu prevederile art. 99 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, tarifele și clasele de risc se stabilesc potrivit normelor metodologice de calcul al contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, elaborate de CNPAS și aprobate prin hotărâre a Guvernului.

profesionale la care sunt expuși asigurații în timpul exercitării activității pentru care au fost autorizați, reglementate prin Legea nr. 346/2002

privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Prezentul contract intră în vigoare la data înregistrării la casa teritorială de pensii.

Articolul 3

Condițiile de asigurare

3.1. Cota de contribuție este de 1% din venitul asigurat.

3.2. Venitul asigurat este de

3.3. Cuantumul contribuției este de

3.4. Contul în care se plătește contribuția, deschis la Trezoreria Județului/Sectorului..... pe seama casei teritoriale de pensii, este

3.5. Plata se poate face și în numerar, la casieria casei teritoriale de pensii, sau prin alte mijloace de plată prevăzute de lege.

3.6. Plata contribuției se efectuează până în ultima zi lucrătoare a lunii pentru care se datorează contribuția.

Articolul 4

Obligațiile asiguratului

4.1. Asiguratul se obligă la următoarele servicii și prestații, după caz:

4.1.1. reabilitare medicală:

- a) asistență medicală de urgență la locul accidentului, în mijloace de transport specializate și în unități spitalicești;
- b) tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente, prescrise de medic;
- c) servicii medicale, în spitale ori clinici specializate pentru accidente de muncă sau boli profesionale;
- d) tratament de recuperare a capacității de muncă, în unități de specialitate;
- e) servicii de chirurgie reparatorie;
- f) cure balneoclimaterice;

4.1.2. recuperarea capacității de muncă:

- a) în vederea diminuării sau compensării deficiențelor de sănătate suferite prin accidente de muncă sau boli profesionale, asiguratul are dreptul la dispozitive medicale stabilite prin normele metodologice de aplicare a legii;
- b) pentru recuperarea capacității de muncă, asiguratul beneficiază de programe individuale de recuperare, stabilite de medicul specialist al asiguratului sau, după caz, de medicul curant;

4.1.3. consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expuși asiguratul în timpul exercitării activității pentru care au fost autorizați.

4.2. Asiguratul preia în sarcina sa cheltuielile pentru următoarele prestații și servicii:

- a) plata indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, acordată în condițiile legii, și a indemnizației pentru reconversie profesională;
- b) contravaloarea serviciilor medicale menționate la pct. 4.1.1 și 4.1.2;
- c) compensații pentru atingerea integrității ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;
- d) despăgubire în caz de deces.

Articolul 5

Obligațiile asiguratului

Asiguratul are următoarele obligații:

5.1. să prezinte în termenul prevăzut de lege declarația de venituri pe propria răspundere;

5.2. să notifice asiguratului orice modificare privind datele din declarația de venituri pe propria răspundere;

5.3. să prezinte copie de pe autorizația pentru desfășurarea profesiei autorizate;

5.4. să prezinte copia fișei de aptitudine pentru desfășurarea activității pentru care a fost autorizat;

5.5. să plătească contribuția de asigurare stabilită, în termenul prevăzut de prezentul contract;

Neplata contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale la termenul prevăzut în contract generează dobânzi pentru fiecare zi calendaristică, potrivit legii.

5.6. să prezinte în termenele stabilite de lege toate documentele justificative;

5.7. să urmeze și să respecte programele individuale de recuperare stabilite de medicul asiguratului sau, după caz, de medicul curant.

Articolul 6

Alte clauze

6.1. Neplata contribuției de către asigurat atrage neacordarea dreptului la prestații, până la achitarea contribuției datorate și a majorărilor de întârziere aferente.

6.2. Pentru modificările notificate asiguratului de către asigurat se vor încheia acte adiționale la contractul de bază. Actul adițional încheiat la contractul individual de asigurare produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

6.3. Neplata contribuției de asigurare pe o perioadă de 3 luni consecutive constituie pentru asigurator motiv de reziliere de drept a contractului individual de asigurare.

6.4. Calitatea de asigurat se redobândește după încheierea unui nou contract individual de asigurare.

6.5. Contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale nu este impozabilă.

6.6. Asiguratul are obligația de a se prezenta la sediul casei teritoriale de pensii atunci când este solicitat, respectiv la termenul prevăzut în invitație.

6.7. În cazul rezilierii contractului, contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale achitată nu se restituie.

6.8. În caz de forță majoră, părțile contractante sunt exonerate de răspundere pentru neexecutarea sau executarea necorespunzătoare ori cu întârziere a obligațiilor asumate prin prezentul contract. Cazul de forță majoră se dovedește de partea care o invocă.

6.9. Litigiile în legătură cu executarea prezentului contract, nesoluționate între părți pe cale amiabilă, se soluționează de instanțele competente potrivit legii.

Asigurator,
director executiv,

.....
Asigurat,
.....

Anexa 2 la normele metodologice a fost înlocuită cu anexa 2 din [ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009, conform pct. 57 al art. I din același act normativ.

Anexa 3

la normele metodologice

PROCEDURĂ

de contractare și plată a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică

Articolul 1

(1) Serviciile medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, de către medicii de medicina muncii, în conformitate cu legislația în vigoare și curricula de pregătire în specialitate, sunt următoarele:

- consultații;
- stabilirea diagnosticului bolii profesionale;
- investigații pentru stabilirea caracterului de profesionalitate;
- tratamente;
- îngrijire, medicamente, materiale sanitare;
- cazare și masă aferente cazurilor investigate internate.

(2) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) se acordă în unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în structura spitalelor, și cuprind servicii medicale acordate în exclusivitate cazurilor de boli profesionale.

(3) Serviciile medicale reprezintă totalitatea intervențiilor medicale necesare pentru rezolvarea unui caz.

(4) Serviciile medicale acordate în cazurile de boli profesionale sunt următoarele:

a) servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă, pentru pacienții cărora li se acordă asistență medicală pe toată perioada necesară stabilirii diagnosticului de profesionalitate sau pentru reevaluarea cazului confirmat și care necesită supraveghere medicală continuă, denumită în continuare spitalizare continuă;

b) servicii medicale spitalicești care nu necesită internare, prestate în regim de spitalizare de zi, pentru pacienții care nu necesită supraveghere pe o durată mai mare de 12 ore, denumită în continuare spitalizare de zi;

c) servicii medicale ambulatorii acordate în cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor, denumite în continuare ambulatoriu.

Articolul 2

(1) Acordarea serviciilor medicale pentru cazurile de boli profesionale furnizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică, în calitate de furnizori de servicii medicale, se face în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate între unitățile sanitare cu personalitate juridică, pe de o parte, și casele teritoriale de pensii în a căror rază teritorială își au sediul, pe de altă parte.

(2) Contractarea și decontarea serviciilor medicale prevăzute la alin. (1), acordate asiguraților, se fac în funcție de numărul de cazuri care primesc servicii medicale, indiferent de casele teritoriale de pensii în evidența cărora se află acestea.

Articolul 3

(1) În vederea încheierii contractelor cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor prezenta date statistice necesare fundamentării tarifelor și numărului de cazuri ce urmează a fi contractate, pentru fiecare tip de serviciu medical prevăzut la art. 1 alin. (4), precum și o listă a serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea.

(2) În vederea fundamentării tarifelor și numărului de cazuri ce urmează a fi contractate pentru fiecare tip de serviciu medical, spitalele vor prezenta următoarele date statistice:

- cheltuieli ale fiecărei secții/clinici de boli profesionale, precum și ale fiecărui cabinet de medicina muncii aflat în structura spitalului în cauză, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe cheltuieli de personal, cheltuieli pentru utilități și cheltuieli pentru medicamente;
- numărul de cazuri externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;
- numărul de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;
- cheltuielile materiale pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi, calculate pe baza tarifelor stabilite prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate;
- numărul de cazuri externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi;
- numărul de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi.

Tipurile de intervenții efectuate în spitalizarea de zi, continuă și în ambulatoriu sunt cele prevăzute în lista P1.

(3) La întocmirea listei serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea, spitalele vor avea în vedere criteriile de internare prevăzute în lista P2.

Articolul 4

(1) Plata serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică se face cu încadrarea în limita sumelor aprobate cu această destinație, pe baza următoarelor elemente:

a) tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat/rezolvat după acordarea de servicii medicale;

b) număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate.

(2) Valoarea totală contractată de unitățile sanitare cu personalitate juridică cu casele teritoriale de pensii se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi;

c) suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi.

(5) Suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor.

(6) Tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești, se negociază separat, pe spitalizare continuă sau de zi, după caz, în funcție de cheltuielile secțiilor /clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalului în cauză, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea și de numărul de cazuri externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă sau de zi, după caz, în aceeași perioadă.

(7) Fundamentarea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare continuă, se face în funcție de totalitatea cheltuielilor secțiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii, aflate în subordinea spitalului în cauză.

(8) Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, reprezintă maximum 1/3 din tariful mediu pe caz negociat pentru cazurile rezolvate prin spitalizare continuă.

La fundamentarea acestui tarif nu se iau în calcul cheltuielile care au fost acoperite prin tariful mediu negociat pe caz rezolvat prin internare continuă, cum ar fi cheltuielile de personal, cheltuielile pentru utilități etc.

Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, se calculează ca media ponderată a costurilor serviciilor medicale și nemedicale estimate a fi necesare rezolvării cazurilor contractate, stabilite în funcție de morbiditatea internată în anii anteriori.

(9) Numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate după acordarea de servicii medicale, se negociază separat, pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz, avându-se în vedere următoarele elemente:

- evoluția cazurilor de boală profesională confirmate și externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, la nivelul secției/clinicii de boli profesionale, în funcție de numărul de paturi;
- numărul de paturi existent la data încheierii contractului;
- nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor;
- durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent;
- numărul de personal existent în secțiile/clinicile de boli profesionale, conform structurii aprobate.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre.

(10) Din sumele contractate pentru rezolvarea cazurilor în regim de spitalizare continuă sau de zi se vor acoperi cheltuielile privind investigațiile paraclinice, pentru bolnavii internați în secțiile/clinicile de boli profesionale, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară.

Articolul 5

Pentru decontarea serviciilor medicale acordate în caz de boală profesională și contractate cu unitățile sanitare cu personalitate juridică, casele teritoriale de pensii vor proceda după cum urmează:

a) decontarea se efectuează lunar, în limita sumelor contractate, separat pentru fiecare tip de spitalizare, în funcție de:

- numărul de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate și validate de casa teritorială de pensii din punct de vedere al respectării criteriilor de internare;
- tariful mediu negociat pe caz de boală profesională confirmată, externat pentru spitalizare continuă sau de zi;

b) trimestrial, pentru fiecare tip de spitalizare, în funcție de numărul de externări realizat, cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, și tariful mediu negociat pe caz, ținând cont și de numărul de externări contractat, se efectuează o regularizare.

În situația în care numărul de externări/rezolvări realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continuă, de zi sau pentru ambulatoriu, după caz, este mai mic decât numărul de externări contractat pentru spitalizarea continuă, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care numărul de externări/rezolvări realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continuă, de zi sau pentru ambulatoriu, după caz, este mai mare decât numărul de externări/rezolvări contractat pentru spitalizarea continuă, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, se poate accepta la decontare o depășire cu maximum 10% a numărului de externări/rezolvări pentru fiecare tip de spitalizare.

Casele teritoriale de pensii pot accepta la decontare aceste depășiri dacă secțiile/clinicile de boli profesionale au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate cu această destinație la nivelul caselor teritoriale de pensii.

Articolul 6

(1) Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard se înțelege:

- în ceea ce privește cazarea, salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea);
- în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

(2) Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite de fiecare unitate furnizoare pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort și cele corespunzătoare confortului standard.

Articolul 7

(1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă asiguraților pe bază de recomandare medicală, numai în cazul afecțiunilor în care nu există alte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza fișelor de solicitare similare celor utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la care se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu.

Articolul 8

Unitățile sanitare cu personalitate juridică suportă din sumele contractate cu casele teritoriale de pensii suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, precum și suma aferentă transportului pentru asigurații transferați în alte unități spitalicești, numai pentru situațiile de boli profesionale confirmate.

Articolul 9

(1) Suma anuală prevăzută în contractul de furnizare de prestații medicale încheiat cu casele teritoriale de pensii se defalcă de către spitale pe trimestre și luni caselor teritoriale de pensii.

(2) Casa teritorială de pensii decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face plata, condiționat de existența următoarelor documente:

- factura și documentele justificative însoțitoare;
- fișa BP2 de declarare a bolii profesionale.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor întocmi liste de așteptare pentru cazurile programabile.

(4) Spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii, până la data de 5 a lunii curente pentru luna precedentă, realizarea indicatorilor contractați.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați, în vederea regularizării trimestriale. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat.

Articolul 10

Contractele pentru furnizarea prestațiilor medicale acordate în spitale se semnează, din partea spitalelor, de către personalul din conducerea spitalului - directorul general, directorul general adjunct medical, directorul financiar-contabilitate și, după caz, directorul de îngrijiri și directorul pentru reformă - care răspunde, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției, iar din partea caselor teritoriale de pensii, de către directorul executiv, directorul executiv adjunct economic. Contractul este vizat de către un reprezentant al compartimentului de accidente și boli profesionale din cadrul casei teritoriale de pensii.

Anexa 4

la normele metodologice

LISTA

serviciilor medicale acordate în unități sanitare cu personalitate juridică

Serviciile medicale acordate de clinicile/secțiile de medicina muncii/boli profesionale și cabinetele de medicina muncii din ambulatoriul de specialitate, aflate în subordinea spitalelor, sunt în conformitate cu Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, astfel:

1. servicii medicale acordate în cabinete de medicina muncii din ambulatoriul de specialitate, aflate în subordinea spitalelor;
2. servicii medicale prestate în regim de spitalizare de zi - servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea, pentru care serviciile sunt acordate de către medicii din secțiile de spital în cadrul programului normal de lucru, inclusiv evaluarea bolilor profesionale și a patologiei cronice asociate, evaluarea pacienților expuși la pulberi pneumoconiozene prin comisiile de pneumoconioze organizate la nivelul clinicilor/secțiilor de medicina muncii/boli profesionale în acest scop;
3. servicii medicale în regim de spitalizare continuă - servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare.

Un serviciu medical spitalicesc reprezintă totalitatea investigațiilor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

Tarifele pe caz rezolvat pentru cele 3 tipuri de servicii medicale sunt cele negociate de casele teritoriale de pensii cu unitățile spitalicești.

Din acest pachet de servicii medicale se vor efectua și deconta doar serviciile medicale aferente bolilor profesionale.

1. CONSULTURI/INVESTIGAȚII/SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE

A. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare, altele decât cele prevăzute la lit. B;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

B. Servicii medicale de specialitate

Font 8

Nr. crt.	Denumirea specialității/serviciului
A.	Alergologie și imunologie clinică
A1	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste, inclusiv materialul pozitiv și negativ)
A2	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică
A3	Teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)
A4	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergene standardizate
A5	Peakflow metrie
A6	Spirometrie (efectuare)
A7	Aerosoli/caz (ședință)
A8	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
B.	Cardiologie
	Consultația de cardiologie include și interpretarea EKG.
B1	Examen electrocardiografie (efectuare)
B2	Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter)
B3	Interpretare Holter TA
B4	Oscilometrie
B5	Efectuare EKG de efort
C.	Chirurgie
	Consultația chirurgicală se punctează separat numai pentru alte afecțiuni decât cele enumerate mai jos.
Cc	Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a:
Cc.1	Panarițiului eritematos
Cc.2	Panarițiului flictenular
Cc.3	Panarițiului periunghial și subunghial
Cc.4	Panarițiului antracoid
Cc.5	Panarițiului pulpar
Cc.6	Panarițiului osos, articular, tenosinoyal
Cc.7	Flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
Cc.8	Flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
Cc.9	Abcesului de părți moi
Cc.10	Furunculului
Cc.11	Furunculului antracoid, furunculozei

Cc.12	Celulitei
Cc.13	Seromului posttraumatic
Cc.14	Arsurilor termice < 10%
Cc.15	Leziunilor externe prin agenți chimici < 10%
Cc.16	Hematomului
Cc.17	Edemului dur posttraumatic
Cc.18	Plăgilor tăiate superficiale
Cc.19	Plăgilor înțepate superficial
C.1	Oscilometrie
C.2	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
C.3	Administrare intravenoasă de medicamente
C.4	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
D.	Dermatovenerologie
D.c.	Consultația și tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate (anestezie, excizie, sutură, pansament)
D.1	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
D.2	Crioterapia/leziune
D.3	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
E.	Gastroenterologie
E.1	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
F.	Hematologie
F.1	Puncție-biopsie osoasă cu amprentă
F.2	Puncție aspirat de măduvă osoasă
G.	Nefrologie
G.1	Examen electrocardiografic (efectuare)
G.2	Administrare intravenoasă de medicamente
G.3	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
H.	Oncologie medicală
Hc.1	Consultație și prim ajutor pentru supurații
H.1	Infiltrații peridurale
H.2	Administrare intravenoasă de medicamente
H.3	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
H.4	Bronhoscopie
H.5	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
I.	Oftalmologie
	Consultația oftalmologică include și explorarea funcției aparatului lacrimal, determinarea acuității vizuale, prescripția corecției optice, examinarea digitală a tensiunii oculare, examinarea motilității oculare, examen în lumină difuză.
I.1	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia

I.2	Determinarea refracției [skiascopie, refractometrie, autorefractometrie*), astigmatometrie]
I.3	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
I.4	Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen diplopie
I.5	Tonometrie; probă provocare; oftalmodinamometrie
I.6	Extracția corpurilor străini
I.7	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
J.	Otorinolaringologie
	Consultația ORL include: examen nas-sinusuri, examen buco-faringoscopic, rinoscopie posterioară, examenul laringoscopic și hipofaringoscopic, examenul otoscopic, examen vestibular, examen nervi cranieni.
J.1	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
J.2	Tamponament posterior
J.3	Funcție sinusală, lavaj, tratament local/caz
J.4	Extracție corpi străini
J.5	Tamponament anterior
J.6	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
J.7	Audiometrie la căști sau în câmp liber vocală sau tonală
J.8	Foniatrie
J.9	Aerosoli/caz
J.10	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
J.11	Impedanța
J.12	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
K.	Pneumologie
K.1	Bronhoscopie
K.2	Spirometrie
K.3	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
K.4	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
K.5	Peakflow metrie
K.6	Aerosoli/caz (ședință)
K.7	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)
K.8	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică
K.9	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
K.10	Administrare intravenoasă de medicamente
L.	Psihiatrie
Lc.1	Consultația inițială include: anamneză, evaluare psihologică, stabilirea obiectivelor psihoterapeutice și a metodelor de tratament; durată medie 30 de minute
Lc.2	Consultația de control include: efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice (examen psihologic: QI, anchetă socială, teste, scale clinice) și nespecifice, reevaluări, psihoeducația pacientului, familială, terapie educațională; durată medie 30 de minute

L.1	Examen ultrasonografic extracranian al aa cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate)
L.2	Examen electroencefalografic standard
L.3	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare
L.4	Examen electroencefalografic cu mapping
L.5	Video-electroencefalografie
M	Reumatologie
M.1	Infiltrații peridurale
M.2	Mezoterapie
M.3	Blocaje nervi periferici
M.4	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
M.5	Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete)
M.6	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
M.7	Administrare intravenoasă de medicamente
N	Urologie
	Consultația de urologie include și montarea, înlocuirea și scoaterea cateterelor sau sondelor uretrale
N.1	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
N.2	Administrare intravenoasă de medicamente
O	Medicină internă; geriatrie și gerontologie
O.1	Administrare intravenoasă de medicamente
O.2	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
O.3	Aspirație gastrică diagnostică și terapeutică
O.4	Colonoscopie diagnostică
O.5	Examen electrocardiografic (efectuare)
O.6	Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter)
O.7	Interpretare Holter TA
O.8	Oscilometrie
O.9	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
O.10	Spirometrie
O.11	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
O.12	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică
O.13	Aerosoli/caz (ședință)
O.14	Examen electrocardiografic de efort (efectuare)
O.15	Extracție endoscopică corpi străini
Oa	Medicina muncii
	Consultația inițială de medicina muncii (anamneza, inclusiv profesională, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunității internării). Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.

	Consultația de control include efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice, reevaluări, tratament etc. Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.
Oa.1	Peakflow metrie (efectuare, interpretare)
Oa.2	Spirometrie (efectuare, interpretare)
Oa.3	Aerosoli/caz (ședință)
Oa.4	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare)
Oa.5	Oscilometrie
Oa.6	Examen electromiografic (efectuare, interpretare)
Oa.7	Audiometrie la căști (tonală) (efectuare, interpretare)
Oa.8	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po)
Oa.9	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare)
Oa.10	Evaluare psihologică
Oa.11	Psihoterapie
Oa.12	Probe funcționale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare)
Oa.13	Acordarea asistenței medicale de urgență pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală
Oa.14	Transfer alveolo-capilar (efectuare, interpretare)
Oa.15	Gazometrie (efectuare, interpretare)
Oa.16	Pletismografie (efectuare, interpretare)
Oa.17	Interpretare de radiografii pulmonare prin comisia de pneumoconioze
Oa.18	Testul presor la rece (efectuare, interpretare)
Oa.19	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare)
Oa.20	Teste cutanate (prick, scratch, patch sau IDR) cu seturi standard de alergeni - inclusiv profesionali - (maximum 8 teste, inclusiv materialul pozitiv și negativ) (efectuare, interpretare)
Oa.21	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică (efectuare, interpretare)
Oa.22	Teste cutanate la agenți fizici (maximum 4 teste) (efectuare, interpretare)
Oa.23	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor (efectuare, interpretare)
P.1	Acupunctura (consultație și proceduri)
P.2	Homeopatie, fitoterapie (consultație inițială și consultații de control)

2. ANALIZE BIOLOGICE ȘI INVESTIGAȚII PARACLINICE

Font 8

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei
Hematologie		
1	2 . 8 0 7 0	Hemoleucograma completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formula leucocitară, eritrocitari
2	2 . 8 0 4 0	Numărătoare reticulocite
3	2 . 8 0 3 0	Examen citologic al frotiului sanguin
4	2 . 8 1 0 0	VSH

5	2	.	8	6	0	1	Timp de coagulare
6	2	.	8	6	0	2	Timp de sângerare
7	2	.	8	6	2	1	Timp Quick, activitate de protrombină
8	2	.	8	6	0	3	INR (International Normalised Ratio)
9	2	.	8	6	2	2	APTT
Biochimie							
10	2	.	1	1	2	0	Uree serică
11	2	.	1	1	3	0	Acid uric seric
12	2	.	1	1	4	0	Creatinină serică
13	2	.	1	5	1	0	Calciu ionic seric
14	2	.	1	5	1	1	Calciu seric total
15	2	.	1	5	7	0	Magneziemie
16	2	.	8	3	9	0	Sideremie
17	2	.	1	3	1	0	Glicemie
18	2	.	1	4	2	0	Colesterol seric total
19	2	.	1	4	0	4	Trigliceride serice
20	2	.	1	4	4	1	HDL colesterol (numai în HTA și obezitate și dislipidemii la copii)
21	2	.	1	4	4	3	LDL (numai în HTA și obezitate și dislipidemii la copii)
22	2	.	1	4	0	0	Lipide totale serice
23	2	.	1	0	2	0	Proteine totale serice
24	2	.	4	6	0	0	TGO
25	2	.	4	6	1	0	TGP
26	2	.	4	7	2	0	Fosfatază alcalină
27	2	.	3	2	1	0	Fibrinogenemie
28	2	.	4	6	8	0	Gama GT
29	2	.	4	5	0	0	LDH
30	2	.	1	1	5	0	Bilirubină totală; directă
31	2	.	4	9	6	1	Electroforeza proteinelor serice
32	2	.	4	9	6	2	Electroforeza lipidelor serice
33	2	.	6	0	2	1	VDRL
34	2	.	6	0	2	2	RPR
35	2	.	6	0	2	3	Confirmare TPHA
36	2	.	2	4	0	0	Test Gutthrie
37	2	.	1	5	6	0	Determinare litiu
38	2	.	1	0	2	6	Hemoglobină glicozilată
Imunologie							
39	2	.	6	2	5	0	ASLO

40	2	.	6	6	9	2	Factor reumatoid
41	2	.	6	6	9	1	Proteina C reactivă
42	2	.	6	7	3	1	IgA seric
43	2	.	6	7	3	2	IgE seric
44	2	.	6	7	3	3	IgM seric
45	2	.	6	7	3	4	IgG seric
46	2	.	5	5	4	0	Imunofixare
47	2	.	6	7	8	0	Crioglobuline
48	2	.	1	0	9	1	Complement seric
49	2	.	6	2	0	5	Depistare Chlamydia
50	2	.	6	2	0	6	Depistare Helicobacter Pylori
51	2	.	5	5	6	0	Testare HIV
52	2	.	4	0	6	0	TSH
53	2	.	4	0	4	0	FT4
54	2	.	6	3	9	1	Ag Hbe
55	2	.	6	3	9	2	Ag HBs (screening)
56	2	.	6	2	0	1	Anti-HAV IgM
57	2	.	6	2	0	2	Anti-HBc
58	2	.	6	2	0	3	Anti-Hbe
59	2	.	6	2	0	4	Anti HCV
60	2	.	4	1	3	0	STH cu stimulare
61	2	.	4	3	2	1	FSH
62	2	.	4	3	2	2	LH
63	2	.	4	3	2	3	Estradiol
64	2	.	4	3	0	0	Cortizol
Exsudat faringian							
65	2	.	5	0	6	1	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
66	2	.	7	0	1	1	Cultură fungi
Examene spută							
67	2	.	5	0	0	1	Examen microscopic nativ
68	2	.	5	0	4	1	Examen microscopic colorat Ziehl Neelsen
69	2	.	5	0	3	1	Examen microscopic colorat Gram
70	2	.	5	0	6	2	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
71	2	.	7	0	1	2	Cultură fungi
Analize de urină							
72	2	.	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)
73	2	.	5	0	4	2	Examen microscopic colorat Ziehl Neelsen
74	2	.	5	0	6	3	Urocultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)

75	2	.	2	2	0	0	Determinare glucoză urinară
76	2	.	2	0	3	0	Determinare proteine urinare
Examenе materii fecale							
77	2	.	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)
78	2	.	5	0	6	4	Coprocultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
Examenе din secreții vaginale							
79	2	.	5	0	0	2	Examen microscopic nativ
80	2	.	7	3	4	0	Examen microscopic colorat
81	2	.	9	1	6	0	Examen Babeș-Papanicolau
82	2	.	5	0	6	5	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
83	2	.	7	0	1	3	Cultură fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)
Examenе din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi							
84	2	.	5	0	3	2	Examen microscopic colorat
85	2	.	5	0	6	6	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
86	2	.	5	0	7	0	Cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
Examen lichid punție							
87	2	.	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu
88	2	.	5	0	6	7	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
89	2	.	9	1	7	0	Citodiagnostic lichid punție
Examen sudoare							
90	2	.	2	8	4	0	Ionoforeză pilocarpinică
Examinări histopatologice							
91	2	.	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină
92	2	.	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic
93	2	.	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă
94	2	.	9	0	1	0	Examen histopatologic cu colorații speciale
95	2	.	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină
96	2	.	9	0	2	3	Citodiagnostic secreție vaginală
97	2	.	9	0	2	4	Examen citohormonal
98	2	.	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de punție
99	2	.	9	0	3	0	Teste imunohistochimice
Examinări radiologice							
100							Radiografie craniană standard în două planuri
101							Radiografie craniană în proiecție specială
102							Ex. radiologic părți ale scheletului în două planuri
103							Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri
104							Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță

19.	Laserterapie
20.	Solux
21.	Ultraviolete
	Stimulări electrice:
22.	Curenți cu impulsuri rectangulare
23.	Curenți cu impulsuri exponențiale
24.	Contractia izometrică electrică
25.	Stimulare electrică funcțională
26.	Băi Stanger
27.	Băi galvanice
28.	Duș subacval
29.	Aplicații cu parafină
30.	Băi sau pensulații cu parafină
31.	Masaj regional
32.	Masaj segmentar
33.	Masaj reflex
34.	Limf masaj
35.	Aerosoli individuali
36.	Pulverizație cameră
37.	Hidrokinetoterapie individuală generală
38.	Hidrokinetoterapie parțială
39.	Kinetoterapie individuală
40.	Tracțiuni vertebrale și articulare
41.	Manipulări vertebrale
42.	Manipulări articulației periferice
43.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vaslit

4. ANALIZE BIOTOXICOLOGICE NECESARE SUSȚINERII DIAGNOSTICULUI DE PROFESIONALITATE

Font 9

Nr. crt.	Noxa chimică	Indicator biotoxicologic	Material biologic
1.	Acetonă	Acetonă	Urină
2.	Alcool izopropilic	Acetonă	Urină
3.	Alcool metilic	Metanol	Urină
4.	Aluminiu	Aluminiu	Urină
5.	Aldrin	Aldrin	Sânge
6.	Anilină	p-Amino-fenol Methemoglobină	Urină Sânge
7.	Antimoniu (Stibiu)	Antimoniu	Urină

8.	Arsen și AsH(3)	Arsen	Urină, păr
9.	Benzen	Acid S-fenil-mercapturic	Urină
		Fenoli totali	Urină
10.	Benzidină	Benzidină	Urină
11.	Beriliu	Beriliu	Urină
12.	Bromură de metil	Brom	Sânge
13.	Cadmiu și compuși anorganici	Cadmiu	Urină, sânge
		Proteine	Urină
14.	Clorbenzen	4-Clorocatechol total	Urină
		p-Clorfenol total	Urină
15.	Clorură de metilen	COHb	Sânge
		Clorură de metilen	Sânge
16.	Compuși cian (acid cianhidric, cianuri și cianogen)	Tiocianați	Urină
17.	Crom	Crom	Urină
18.	Cobalt	Cobalt	Urină, sânge
19.	DDT	DDT	Sânge
20.	Dieldrin	Dieldrin	Sânge
21.	1,4-diclor benzen	2,5 Diclorfenol total	Urină
22.	N,N-dimetil acetamida	N-Metil acetamida	Urină
23.	N,N-dimetil formamida	Metil-formamida	Urină
24.	Etilbenzen	Acid mandelic	Urină
25.	Fenol	Fenol total	Urină
26.	Fluor - compuși	Fluor	Urină
27.	Halotan (2-brom-2-clor-1,1,1 trifluoretan)	Acid trifluoro-acetic	Sânge
28.	Hexaclorbenzen	Hexaclorbenzen	Ser
29.	N-hexan 2,5	Hexadionă	Urină
30.	Hidrazină	Hidrazină	Urină
31.	Lindan	Gamma Hexaclor ciclohexan	Sânge
32.	Mangan	Mangan	Urină
33.	Mercur și compuși	Mercur	Sânge, Urină
34.	Metiletilcetonă	Metiletilcetonă	Urină
35.	Metilcloroform	Triclorețanol total	Urină, Sânge
		Metilcloroform	Sânge
		Acid tricloracetic	Urină
36.	Nichel	Nichel	Urină
37.	Nichel carbonil	COHb	Sânge
		Nichel	Urină
38.	Nitrobenzen	p-Nitrofenol total	Urină
		Methemoglobină	Sânge
39.	Oxid de carbon	COHb	Sânge
40.	Parathion	p-Nitrofenol total	Urină

		Activitate colinesterazică	Sânge
41.	Pentaclorfenol	Pentaclorfenol	Urină
42.	Pesticide organofosforice	Activitate colinesterazică	Sânge
43.	Plumb	Plumb ALA-u CP-u PEL	Urină, sânge, păr Urină Urină Sânge
44.	Stiren	Acid mandelic Acid fenilgloxalic Stiren	Urină Urină Sânge
45.	Sulfură de carbon	Acid 2-tio-tiazolidin 4 carboxilic Testul iodazida	Urină Urină
46.	Telur	Telur	Urină
47.	Tetracloretilenă Tricloretilenă	Triclorețanol + Acid tricloracetic	Urină
48.	Tetraetil de plumb	Plumb dietil Plumb total	Urină Urină
49.	Toluen	Acid hipuric o-Cresol	Urină Urină
50.	Uraniu	Uraniu	Urină
51.	Vanadiu	Vanadiu	Urină
52.	Xilen	Acid metilhipuric	Urină

LEGENDA:

C = creatinină

ALA-u = acid delta-amino levulinic urinar

CP-u = coproporfirine urinare

PEL = protoporfirine eritrocitare

Anexa 4 la normele metodologice a fost înlocuită cu anexa 3 din **ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009**, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009, conform pct. 57 al art. I din același act normativ.

Anexa 5

la normele metodologice

CRITERII

de trimitere și criteriile de internare în clinici/secții de boli profesionale

1. Criterii de trimitere:

- suspiciune de boală profesională;
- diagnostic de boală profesională confirmată.

2. Criterii de internare:

- investigarea pacienților în vederea stabilirii diagnosticului de boală profesională;
- asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare/reabilitare medicală și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv, pentru pacienții diagnosticați cu boli profesionale;
- tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedeplasabil sau necesită supraveghere medicală continuă;
- urgențe medicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă;
- alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

Documente necesare pentru internare în clinici/secții de boli profesionale:

1. bilet de internare cu suspiciunea de boală profesională sau cu diagnostic de boală profesională confirmată, eliberat de medicul de medicina muncii, medicul de familie, medicul de altă specialitate;
2. document de obiectivizare a expunerii profesionale:
 - fișa de identificare a factorilor de risc profesional, semnată și ștampilată de angajator.

NOTĂ:

Fac excepție: situația de faliment a întreprinderii și bolnavii aflați în evidența clinicii/secției de boli profesionale cu boală profesională.

• copie de pe carnetul de muncă sau alt document care atestă ruta profesională.

3. adeverință de salariat/talon de pensie;

4. buletin de identitate/carte de identitate;

5. adeverință de la DSP că este înregistrat cu boala profesională (declarată) din anul

Anexa 5 la normele metodologice a fost înlocuită cu anexa 4 din ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009, conform pct. 57 al art. I din același act normativ.

Anexa 6

la normele metodologice

Contractare servicii medicale în unități

sanitare cu personalitate juridică - definiții

VTC:	Valoarea totală contractată;
S:	Servicii medicale;
S-SC:	Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă;
S-SZ:	Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
S-CM:	Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;
NCE:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate;
NCE-SC:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă;
NCE-SZ:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
NCE-CM:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, rezolvate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;
SC:	Servicii medicale contractate;
SC-SC:	Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă contractate;
SC-SZ:	Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate;
SC-CM:	Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor contractate;
TMNCE:	Tarif mediu negociat pe caz de boală profesională confirmată, externat;
TMNCE-SC:	Tarif mediu negociat pe caz de boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă;
TMNCE-SZ:	Tarif mediu negociat pe caz de boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
NNCE:	Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate;
NNCE-SC:	Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă;
NNCE-SZ:	Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
NNCE-CM:	Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, rezolvate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;

Formule de calcul:

$SC-SC = TMNCE-SC * NNCE-SC$

$SC-SZ = TMNCE-SZ * NNCE-SZ$

$SC-CM = TMNCE-SZ * NNCE-CM$

$VTC = \sum SC-SC + \sum SC-SZ + \sum SC-CM$

Anexa 7

la normele metodologice

Unitatea sanitară

Localitatea

Județul/Sectorul

Nr. contract cu Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Anexa 9

la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de, luna, anul, ora, la spitalul/policlinica din str. nr. ..., camera, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, pentru începerea procedurilor de protezare.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor Responsabil compartiment accidente sociale, de muncă și boli profesionale,

.....
(semnătura) (semnătura)

Anexa 10

la normele metodologice

CERERE

de participare la curs de recalificare sau reconversie profesională

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, având codul numeric personal, domiciliat /domiciliată în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut/născută la data de în localitatea/județul, fiul/fiica lui și al/a, angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la, solicit aprobarea efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesională, în conformitate cu [art. 29 din Legea nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că sunt/nu sunt asigurat/asigurată.

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta, mă oblig să restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigurile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data Semnătura

Anexa 11

la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de, luna, anul, ora, la, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, din str. nr., camera, pentru aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor Responsabil compartiment accidente de sociale, muncă și boli profesionale,

.....
(semnătura) (semnătura)

Anexa 12

la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de ..., luna ..., anul ..., ora ..., la, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, din str. nr., pentru începerea cursului de recalificare sau reconversie profesională

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

Responsabil compartiment accidente de muncă
și boli profesionale,

.....
(semnătura)

Anexa 13

la normele metodologice

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru
accidente de muncă și boli profesionale

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator:

.....

CUI: Nr. înreg. Reg. Comerțului: CNP angajator:

.....

Durata contractului individual de muncă: nedeterminată /determinată

2. Date privind solicitantul:

(se completează de către solicitant)

a. Numele și prenumele:

Codul numeric personal:

Document de identitate: Seria Nr.

Valabil până la data de: zi luna an

Domiciliat în localitatea:

Strada:

Bloc Scara Etaj Apart.

Sector/Județ:

.....

b. Calitatea solicitantului:

angajat; funcționar public;

persoana asigurată cu contract individual ucenic, elev sau student;
de asigurare;

șomer alte persoane

membru de familie;

c. Prestația solicitată:

1. Indemnizație:

1.a. pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;

1.b. pentru reducerea timpului de muncă;

1.c. pe durata cursurilor de calificare și de reconversie profesională;

1.d. pentru incapacitate temporară de muncă.

Acte necesare:

Certificat de concediu medical Seria [] Nr. []

Ziua [] Luna [] Anul []

2. [] Compensație pentru atingerea integrității;

3. [] Despăgubire în caz de deces;

Acte necesare:

Certificat de deces: Seria [] Nr. []

(original și copie) Data []/[]/[]

Numele și prenumele decedatului:

[]

Codul numeric personal al decedatului: []

Categorie asigurat: [] salariat [] independent

Înscrierea eronată a datelor, se sancționează potrivit legii.

Data Semnătura solicitantului

.....
Semnătura și ștampila Angajatorului

.....
Semnătura și ștampila Instituției care administrează bugetul
Fondului Pentru plata ajutorului de șomaj

.....

Anexa 13 la normele metodologice a fost înlocuită cu anexa 5 din [ORDINUL nr. 213 din 18 februarie 2009](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 257 din 17 aprilie 2009, conform pct. 57 al art. I din același act normativ.

Anexa 14

la normele metodologice

GRILĂ

privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității

În conformitate cu prevederile art. 43 și ale [art. 45 alin. \(2\) din Legea nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, în funcție de procentul de reducere a capacității de muncă, compensațiile pentru atingerea integrității se acordă conform tabelului de mai jos:

Nr. crt.	Procentul de reducere a capacității de muncă	Numărul de salarii medii brute acordate
1.	Între 20% și 25% inclusiv	2
2.	Între 25% și 30% inclusiv	4
3.	Între 30% și 35% inclusiv	6
4.	Între 35% și 40% inclusiv	8
5.	Între 40% și 45% inclusiv	10
6.	Între 45% și 50% exclusiv	12

Anexa 15

la normele metodologice

CERERE

de rambursare a cheltuielilor

Către

Casa Teritorială de Pensii

Subsemnatul/Subsemnata,, în calitate de
(numele și prenumele)

reprezentant al, cu domiciliul/sediul în
....., str. nr., bl.
sc., et., ap., județul/sectorul, CNP/CUI
....., cont bancar,
deschis la Banca*1),
solicit rambursarea cheltuielilor ocazionate de:

- [] transportul de urgență [] transport repatriere decedat
[] confecționarea de: [] ochelari
[] aparat acustic
[] proteză oculară
[] achiziționarea unui dispozitiv medical implantabil

