ORDIN nr. 705 din 19 iulie 2021

pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale şi medicamente - formulare unice pe ţară, fără regim special

EMITENT • **CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 731 din 26 iulie 2021**

Data intrării în vigoare 26-07-2021

Formă consolidată valabilă la data 23-02-2023
Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 31-01-2023 până la data de 23-02-2023

Notă CTCE
Forma consolidată a ORDINULUI nr. 705 din 19 iulie 2021, publicat în Monitorul Oficial nr. 731 din 26 iulie 2021, la data de 23 Februarie 2023 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: ORDINUL nr. 778 din 13 august 2021; ORDINUL nr. 849 din 10 septembrie 2021; ORDINUL nr. 1.148 din 29 decembrie 2021; ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022; ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022; ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022; ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022; ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022; ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023; ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023.
Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Notă

Conform alineatului (1) al articolului II din ORDINUL nr. 778 din 13 august 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 805 din 23 august 2021, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii următoare celei în care s-a publicat prezentul ordin.
Potrivit articolului II din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022, prevederile ordinului se aplică începând cu raportarea activităţii lunii următoare celei în care a încetat starea de alertă declarată potrivit legii şi care se realizează începând cu luna mai 2022.
Conform alineatului (1) al articolului II din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii următoare celei în care s-a publicat prezentul ordin.
Conform articolului II din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii ianuarie 2023.
Conform articolului II din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii ianuarie 2023.
Având în vedere Referatul de aprobare al Direcţiei reglementări şi norme de contractare a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. RN 1.244 din 19.07.2021,
în temeiul prevederilor:
– art. 189 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;
– Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;
– art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
– art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,
preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Articolul 1

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

(2) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii medicilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, în

vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 2-a-2-n.

(3) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii unităţilor sanitare cu paturi, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 3-a-3-k.

(4) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, în vederea decontării lunare şi trimestriale de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 4-a-4-c.

(5) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 5-a-5-f.

(6) Se aprobă documentele justificative- formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii furnizorilor din asistenţa medicală de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6-a şi 6-b.

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării listei persoanelor aflate în evidenţa medicilor de familie cu următoarele afecţiuni cronice: HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astmul bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi boala cronică de rinichi, conform anexei nr. 7.

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

(9) Formularele menţionate la alin. (1)-(8) se utilizează împreună cu formularele tipizate de „Factură“ fără TVA, întocmite conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare.

(10) Furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate transmit factura şi formularele prevăzute la alin. (1)-(8) în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

Articolul 2

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

*) Anexele nr. 1-a-1-j, 2-a-2-n, 3-a-3-k, 4-a-4-c, 5-a-5-f, 6-a, 6-b, 7 şi 8-a-8-c se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 731 bis, care se poate achiziţiona de la Biroul pentru relaţii cu publicul din Str. Parcului nr. 65, intrarea A, sectorul 1, Bucureşti.

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

Articolul 3

Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate judeţene, a municipiului Bucureşti şi de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul ordin.

Articolul 4

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

a) asiguraţi;

b) cazurile ce reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale;

c) cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane;

d) persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană /Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidenţe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane şi pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a

Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;

e) pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidenţe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane şi pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021.

f) persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin şi asistenţă umanitară de către statul român cetăţenilor străini sau apatrizilor aflaţi în situaţii deosebite, proveniţi din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 18-03-2022 Alineatul (1) din Articolul 4 a fost completat de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

g) persoanele neasigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru serviciile acordate la nivelul asistenţei medicale primare; în cadrul acestor evidenţe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane şi pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 31-01-2023 Alineatul (1) din Articolul 4 a fost completat de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023

(1^1) În desfăşurătoarele menţionate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. f), în coloana «cod numeric personal/cod unic de identificare» se va completa numărul unic de identificare atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 18-03-2022 Articolul 4 a fost completat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

(2) La formularele menţionate la alin. (1) se vor ataşa, după caz:

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

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

c) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: ţara - membră a Uniunii Europene /Spaţiului Economic European/Elveţia/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, numele şi prenumele, data naşterii, numărul de identificare a instituţiei care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate; se vor ataşa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate;

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

e) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: ţara, numele şi prenumele, data naşterii, în cazul cetăţenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii. Se vor ataşa copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale.

f) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: numele şi prenumele, data naşterii, în cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare. Se vor ataşa copii ale documentelor prevăzute de Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea

documentelor justificative privind dobândirea calităţii de asigurat, precum şi pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetăţenilor străini sau apatrizilor aflaţi în situaţii deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 18-03-2022 Alineatul (2) din Articolul 4 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

(3) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la pct. 1.1, 1.3 şi 1.5 din anexa nr. 8-a nu sunt înscrise prescripţiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 18-03-2022 Articolul 4 a fost completat de Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

(4) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la pct. I, I.2, II şi II.2 din anexa nr. 8-c nu sunt înscrise prescripţiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 18-03-2022 Articolul 4 a fost completat de Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

Articolul 5

La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale şi medicamente - formulare unice pe ţară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 365 şi 365 bis din 26 aprilie 2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 6

Casele de asigurări de sănătate judeţene, a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Articolul 7

(1) Prevederile prezentului ordin se aplică pentru raportarea serviciilor medicale, respectiv a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, începând cu raportarea activităţii lunii iulie 2021.

(2) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

Adrian Gheorghe

Bucureşti, 19 iulie 2021.
Nr. 705.

ANEXE nr. 1-8

ANEXE din 19 iulie 2021

referitoare la documentele justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale şi medicamente - formulare unice pe ţară, fără regim special

Notă

Conţinute de ORDINUL nr. 705 din 19 iulie 2021, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 731 din 26 iulie 2021.

Notă CTCE

Forma consolidată a ANEXELOR din 19 iulie 2021, publicate în Monitorul Oficial nr. 731 bis din 26 iulie 2021, la data de 23 Februarie 2023 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: ORDINUL nr. 778 din 13 august 2021; ORDINUL nr. 849 din 10 septembrie 2021; ORDINUL nr. 1.148 din 29 decembrie 2021; ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022; ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022; ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022; ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022; ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022; ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023; ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023.

Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Notă

Conform alineatului (1) al articolului II din ORDINUL nr. 778 din 13 august 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 805 din 23 august 2021, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii următoare celei în care s-a publicat prezentul ordin.

Potrivit articolului II din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022, prevederile ordinului se aplică începând cu raportarea activităţii lunii următoare celei în care a încetat starea de alertă declarată potrivit legii şi care se realizează începând cu luna mai 2022.

Conform alineatului (1) al articolului II din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii următoare celei în care s-a publicat prezentul ordin.
Conform articolului II din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii ianuarie 2023.
Conform articolului II din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activităţii lunii ianuarie 2023.

Anexa nr. 1-a

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului
.....	.....
Localitate	Medic de familie .....
Județ	(nume prenume)
	CNP medic de familie .....

I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ
Grupa de vârstă .....*)
*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
Pentru asiguraţii 0 - 1 an se va completa vârsta în luni la data înscrierii pe listă.

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

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.
***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE
Grupa de vârstă .....*)
*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen**)		Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F					
1								
2								
...								

**) Se va bifa genul persoanei înscrise.

III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ
Grupa de vârstă .....*)
*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data înscrierii pe listă;
B - Data ieşirii de pe listă.

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen**)		Tipul de formular/ document european (E106, E109, S2, E120, E121/S1)	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Statul membru UE/SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord competent	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul***)	A	B
		M	F							
1										
2										
...										

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

NOTĂ:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale.

În vederea contractării, formularele din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, atât pentru medicii nou veniţi cât şi pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

– ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcţie de mişcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1-c;

şi/sau

– în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I şi III din anexa 1-a se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).

Formularele I şi III din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale la data încheierii actului adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis), indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie.

	Reprezentantul legal al furnizorului, ...
Confirmat de casa de asigurări de sănătate	semnătură electronică extinsă/calificată

Data: .....

IV. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

Grupa de vârstă .....*)

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data înscrierii pe listă;

B - Data ieşirii de pe listă.

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen**)		Tipul de document de deschidere de drepturi****)	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Statul cu care RO a încheiat documente juridice internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul***)	A	B
		M	F							
1										
2										
...										

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

Anexa nr. 1-b

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAŢI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD	Comentarii
Copil în cadrul familiei	100	
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)	
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.	102	
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	103	

Studenţi-doctoranzi scutiţi de plata contribuţiei, prevăzuţi la art. 164 din Legea educaţiei naţionale nr. 1/2011, cu modificările şi completările ulterioare	104	
Persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă care nu au medic încadrat	105*)	
Soţ, soţie, părinţi, fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate	106	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum şi celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, modificat prin O.G. nr. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000.	107.1	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.	107.2	
Persoanele prevăzute în Legea recunoştinţei pentru victoria Revoluţiei Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Braşov din noiembrie 1987 şi pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului-Lupeni - august 1977 nr. 341/2004, cu modificările şi completările ulterioare.	107.3	
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare	107.4	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare.	107.5	
Persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.	108	
Femei însărcinate sau lăuze	109	
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni.	110	
Persoanele fizice care realizează venituri din salarii și asimilate salariilor	200	
Persoane cu venituri din activități independente	203	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	204	
Persoane cu venituri din cedarea folosinței bunurilor (chirii, arendarea bunurilor agricole)	205	
Persoane cu venituri din investiții	206	
Persoane cu venituri din activități agricole, silvicultură și piscicultură	207	
Persoane fizice potrivit art. 180 din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare	208	
Lucrători imigranți, cu domiciliul sau reședința în România	210	
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 114 din Codul fiscal	211	
Persoane prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din O.U.G. nr. 158/2005	212	
Persoane preluate în plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident muncă sau a unei boli profesionale de către CNPP prin casele teritoriale/sectoriale de pensii	216	
Persoane cu venituri din contracte de activitate sportivă.	217	
Persoane cu venituri din asocierea cu o persoană juridică	218	
Persoane fizice care se află în concedii medicale incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale, precum și cele care se află în concedii medicale acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale.	300	
Persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit prevederilor art. 2 și art. 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi.	301	
Persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unităţile penitenciare, persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, persoanele care se află în executarea unei măsuri educative privative de libertate, precum şi persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate	302	
Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii, pentru aceste drepturile bănești.	303	
Persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii.	304	
Persoanele fizice care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	305	
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308	
Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte.	309	
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310	
Persoanele fizice care au calitatea de pensionari, pentru veniturile din pensii, precum și pentru veniturile realizate din drepturi de proprietate intelectuală care nu se încadrează în categoria "Pensionar de invaliditate"	314	
Pensionar de invaliditate	315	
Voluntarii care îşi desfăşoară activitatea în cadrul serviciilor de urgenţă voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenţii de urgenţă sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 88/2001 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea serviciilor publice comunitare pentru situaţii de urgenţă, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările şi completările ulterioare.	316	

Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E106/S1)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord , beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E109/S1)	402	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E120/S1)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E121/S1)	404	
Beneficiari ai formularelor europene documentelor europene (E106/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E109/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	
Pacienți din Quebec, beneficiari ai formularelor QUE/ROU 106	409	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 3	410	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 4	411	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 6	412	
Beneficiari ai formularelor ROU/QUE 106, eliberate de casa de asigurări de sănătate	413	
Beneficiari ai formularelor R/TR 3, eliberate de casa de asigurări de sănătate	414	
Beneficiari ai formularelor R/TR 4, eliberate de casa de asigurări de sănătate	415	
Beneficiari ai formularelor R/TR 6, eliberate de casa de asigurări de sănătate	416	
Beneficiari ai formularelor R/TR 5 eliberate de casa de asigurări de sănătate	417	
Pacienții din TURCIA, beneficiari ai formularelor TR/R 5	418	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 106 eliberate de casa de asigurări de sănătate	419	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 109 eliberate de casa de asigurări de sănătate	420	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 121 eliberate de casa de asigurări de sănătate	421	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 106	422	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 109	423	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 121	424	

*) Pentru persoanele nou înscrise pe listă, medicii de familie ataşează la fişa medicală, actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredinţat sau dat în plasament şi de persoană instituţionalizată.

La data de 21-10-2022 Anexa nr. 1-b a fost modificată de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

Anexa nr. 1-c

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului
.....	.....
Localitate	Medic de familie .....
Județ	(nume prenume)
	CNP medic de familie .....

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

A. Intrări/Ieşiri în/din listă

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

*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

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

B. Recapitulaţia asiguraţilor înscrişi pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs

1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin total din care:				
0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
0 - 3 ani - feminin total din care:				
0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britani și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
4 - 18 ani - masculin total din care:				
4 -18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
4 - 18 ani - feminin total din care:				
4 -18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
19 - 39 ani - masculin total din care:				
19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
19 - 39 ani - feminin total din care:				
19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) – feminin				
40 - 59 ani - masculin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				

40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
40 - 59 ani - feminin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
60 ani și peste - masculin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
60 ani și peste - feminin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
TOTAL				

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament - masculin + copii instituţionalizaţi în centre de îngrijire şi asistenţă - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE /Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament - feminin + copii instituţionalizaţi în centre de îngrijire şi asistenţă - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE /Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament - masculin + nr. copiilor instituţionalizaţi în centre de îngrijire şi asistenţă - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament - feminin + nr. copiilor instituţionalizaţi în centre de îngrijire şi asistenţă - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi

Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.
La grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.
La grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.
La grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.
La grupa de vârstă "60 ani şi peste" masculin: totalul > nr. persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.
La grupa de vârstă "60 ani şi peste" feminin: totalul > nr. persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

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

A. Intrări/Ieşiri în/din listă

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

*) Se va bifa genul persoanei înscrise.
**) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

B. Recapitulaţia persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie

Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente (număr)		Intrări (număr)		Ieșiri (număr)		Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr)	
Gen		Gen		Gen		Gen	
M	F	M	F	M	F	M	F

III. DESFĂŞURĂTORUL CUPRINZÂND MIŞCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA .... ANUL ....

A. Intrări/Ieşiri în/din listă

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

B. Recapitulaţia persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:
*) Se va bifa genul persoanei asigurate.
**) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021. Pentru asiguraţii sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.
***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

1. Formularele din anexa 1-c se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I şi pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).
Formularele de la pct. I şi pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, pe durata de derulare a actului adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).

IV. DESFĂŞURĂTORUL CUPRINZÂND MIŞCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ... ANUL ....

A. Intrări/Ieşiri în/din listă

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen*)		Tipul de document de deschidere de drepturi****)	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Statul cu care RO a încheiat documente juridice internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Vârsta împlinită**)	Codul categoriei din care face parte titularul documentului***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F							
1.										
2.										

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
**) Se va bifa genul persoanei asigurate.
***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.
****) SRB/R0106, SRB/R0109, SRB/RO121, QUE/R0/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

B. Recapitulaţia persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:
*) Se va bifa genul persoanei asigurate.
**) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021. Pentru asiguraţii sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.
***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.
****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO 106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

Anexa nr. 1-d

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului
.....	.....
Localitate	Medic de familie .....
Județ	(nume prenume)
	CNP medic de familie .....

DESFĂŞURĂTORUL PUNCTAJULUI ACTIVITĂŢII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE
LUNA .... ANUL ....

1. Numărul de puncte "per capita"

Nr. crt.	Grupa de vârstă	Nr. puncte*)/ pers./an	Nr. persoane asigurate**)	Nr. puncte realizat (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4=2x3
1.	0 - 3 ani - masculin		***)	
2.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
3.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
4.	0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
5.	0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
6.	0 - 3 ani - feminin		****)	
7.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
8.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
9.	0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
10.	0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
11.	4 - 18 ani - masculin		*****)	
12.	4 -18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
13.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
14.	4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
15.	4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
16.	4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
17.	4 - 18 ani - feminin		******)	
18.	4 -18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
19.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
20.	4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
21.	4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
22.	4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
23.	19 - 39 ani - masculin		*******)	
24.	19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
25.	19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
26.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
27.	19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
28.	19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
29.	19 - 39 ani - feminin			
30.	19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
31.	19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
32.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
33.	19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
34.	19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
35.	40 - 59 ani - masculin		*********)	
36.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
37.	40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
38.	40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
39.	40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
40.	40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
41.	40 - 59 ani - feminin		**********)	

42.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
43.	40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
44.	40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
45.	40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
46.	40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
47.	60 ani și peste - masculin		**********)	
48.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
49.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
50.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
51.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
52.	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
53.	60 ani și peste - feminin		**********)	
54.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
55.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
56.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
57.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)- feminin			
58.	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
	TOTAL			

*) Conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

**) Conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situaţia contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniţi care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenţiei încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

***) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" masculin (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2, 3, 4 şi 5.

****) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" feminin (de la col. 3 rândul 6) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 7, 8, 9 şi 10.

*****) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" masculin (de la col. 3 rândul 11) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 12, 13, 14, 15, şi 16.

******) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" feminin (de la col. 3 rândul 17) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 18, 19, 20, 21 şi 22.

*******) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin (de la col. 3 rândul 23) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 24, 25, 26, 27 şi 28.

********) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin (de la col. 3 rândul 29) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 30, 31, 32, 33 şi 34.

*********) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin (de la col. 3 rândul 35) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 36, 37, 38, 39 şi 40.

**********) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin (de la col. 3 rândul 41) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 42, 43, 44, 45 şi 46.

***********) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani şi peste" masculin (de la col. 3 rândul 47) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 48, 49, 50, 51 şi 52.

************) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani şi peste" feminin (de la col. 3 rândul 53) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeaşi grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 54, 55, 56, 57 şi 58.

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II.

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

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

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (Total col. 4 - 18.700) x 0,75

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

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (22.000 - 18.700) x 0,75 + (Total col. C 4 - 22.000) x 0,50

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

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (22.000 - 18.700) x 0,75 + (26.000 - 22.000) x 0,50 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,25

b) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă se calculează după cum urmează:

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte "per capita"/an ce depăşeşte 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

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

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

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

b.4) pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte "per capita"/an ce depăşeşte 30.000:

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

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială /zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021, se calculează după cum urmează:

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte "per capita"/an ce depăşeşte 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

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

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

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

c.4) pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte "per capita"/an ce depăşeşte 30.000:

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

III. Pentru medicii nou veniţi într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condiţiile prevederilor art. 13 alin. (2) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021:

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

IV. Pentru medicii nou veniţi într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condiţiile prevederilor art. 13 alin. (3) - (6) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021:

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

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

2. Recalcularea numărului de puncte "per capita" în raport cu gradul profesional şi cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea:

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. V din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie”	din care: Număr de puncte „per capita”:		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului	Condiții în care se desfășoară activitatea pct. de lucru	Majorarea/ diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau
	pentru cabinet	pentru pct. lucru				

(col. 1 = col. 2 + col. 3)	(col. 1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/ Nr. total ore din lună)	(col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună)	(col. 1 x procent de majorare sau col. 2 x procent de majorare)	(col. 3 x procent de majorare)	(col. 1 x procent de majorare/ diminuare)	col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6)
1.	2.	3.	4	5	6	7

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

3. Recapitulaţie punctaj pentru persoane asigurate înscrise pe listă în funcţie de perioada de activitate

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

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

4.1. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical şi acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distantă*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*5)			
5. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou *6)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) *7)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ŞI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *8)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*9):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice *^10)			
b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *^10)			

c) asiguraţi cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*^11)	X	X	X
c.1. consultaţie evaluare iniţială			
c.2. consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile			
c.3. consultaţie pentru monitorizare/control			
C. CONSULTAŢII LA DOMICILIUL ASIGURAŢILOR*12)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d)Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ŞI TERAPEUTICE*^13)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă-braţ			
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei			
e) Tuşeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracţie corp străin din fosele nazale			
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
l) Imobilizare entorsă			
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)			
n) Supraveghere travaliu fără naştere			
o) Naştere inopinată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicaţia)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*14)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*15)			
G. Confirmare caz oncologic*16)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

*1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*2) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*3) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*4) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*5) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*6) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*7) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*8) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*9) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 şi 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*10) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*11) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*12) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 - nota din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare;
*14) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

*15) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*16) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
NOTĂ: Desfăşurătorul de la punctul 4.1 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, se vor consemna ca "urgenţă" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat", cu modificările ulterioare, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
La data de 29-04-2022 Punctul 4.1 din Anexa nr. 1-d a fost modificat de Punctele 1 si 2, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

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

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3 , subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 4.1.*1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou-confirmat din col. 4*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				5,5			
2.				5,5			
3.				5,5			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:
– cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2
– cifra 2 pentru cazul nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
– cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi
*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.

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

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

5. Abrogat.
La data de 31-01-2023 Punctul 5. din Anexa nr. 1-d a fost abrogat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023

6. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical şi acordate pacienţilor (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului) din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației,) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X

1. Consultația în caz de boală*4) în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*5)			
TOTAL	X		

Precizare:
*1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*2) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 , cu modificările şi completările ulterioare; bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiţiei de stagiu de asigurare.
La data de 31-01-2023 Precizarea *3) din rubrica Precizare, Punctul 6. , Anexa nr. 1-d a fost modificată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023
*4) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*5) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
NOTĂ: Desfăşurătorul de la punctul 6 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informaţii: ţara - membră a Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană /Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, numele şi prenumele titularului de card, data naşterii titularului, codul de identificare al instituţiei care a emis cardul, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.
7. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii (pentru cei care beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 şi 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021):

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

Precizare:
*1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*2) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 , cu modificările şi completările ulterioare; bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiţiei de stagiu de asigurare.
La data de 31-01-2023 Precizarea *3) din rubrica Precizare, Punctul 7. , Anexa nr. 1-d a fost modificată de Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023
NOTĂ: Desfăşurătorul de la punctul 7 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informaţii: ţara, numele şi prenumele persoanei, data naşterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.
8.1. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical şi care pot fi acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza

Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*5)			
5. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*6)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)*7)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ŞI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*8)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*9):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice *^10)			
b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *^10)			
c) asiguraţi cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*^11)	X	X	X
c.1. consultaţie evaluare iniţială			
c.2. consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile			
c.3. consultaţie pentru monitorizare/control			
C. CONSULTAŢII LA DOMICILIUL ASIGURAŢILOR*12)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			

d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ŞI TERAPEUTICE*^13)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore	X	X	X
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă-braţ			
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei			
e) Tuşeu rectal	X	X	X
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracţie corp străin din fosele nazale			
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
l) Imobilizare entorsă			
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)			
n) Supraveghere travaliu fără naştere			
o) Naştere inopinată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicaţia)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*14)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*15)			
G. Confirmare caz oncologic*16)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

*1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*2) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*3) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*4) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*5) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*6) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*7) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*8) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*9) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 şi 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*10) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*11) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*12) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 - nota din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare;
*14) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*15) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*16) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

NOTĂ: Desfăşurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială şi va fi însoţit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informaţii: ţara - membră a Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană /Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, numele şi prenumele, data naşterii, numele instituţiei care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituţii, copie a formularului/documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepţia formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121) /S1.

La data de 29-04-2022 Punctul 8.1 din Anexa nr. 1-d a fost modificat de Punctele 3 și 4, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

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

Nr. crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Tipul de formular/ document european (E106, E109, E112, E120, E121/S1)	Statul membru UE/ SEE/ Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, competent	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 5, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 8.1*1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou-confirmat din col. 6*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 6	Specialitatea medicului din col. 8	Nr. contractului încheiat de medicul din col. 8 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.						5,5			
2.						5,5			
3.						5,5			
…						…			
TOTAL	X	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

– cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2

– cifra 2 pentru cazul nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

– cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.

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

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

9.1. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienţilor din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii (pentru cei care beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*5)			
5. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*6)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)*7)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ŞI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*8)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			

d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*9):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice *^10)			
b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *^10)			
c) asiguraţi cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*^11)	X	X	X
c.1. consultaţie evaluare iniţială			
c.2. consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile			
c.3. consultaţie pentru monitorizare/control			
C. CONSULTAŢII LA DOMICILIUL ASIGURAŢILOR*12)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ŞI TERAPEUTICE*^13)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore	X	X	X
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă-braţ			
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei			
e) Tuşeu rectal	X	X	X
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracţie corp străin din fosele nazale			
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
l) Imobilizare entorsă			
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)			
n) Supraveghere travaliu fără naştere			
o) Naştere inopinată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicaţia)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*14)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*15)			
G. Confirmare caz oncologic*16)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:
*1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*2) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*3) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*4) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*5) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*6) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*7) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*8) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*9) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 şi 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*10) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*11) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*12) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 - nota din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare
*14) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*15) Conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*16) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
NOTĂ: Desfăşurătorul de la punctul 9 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informaţii: ţara, numele şi prenumele persoanei, data naşterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.
La data de 29-04-2022 Punctul 9.1 din Anexa nr. 1-d a fost modificat de Punctele 5 și 6 ale Articolului I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

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

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

*1) Se va completa, după caz:
– cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2
– cifra 2 pentru cazul nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
– cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi
*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.

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

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

9.4. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate persoanelor cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin şi asistenţă umanitară de către statul român cetăţenilor străini sau apatrizilor aflaţi în situaţii deosebite, proveniţi din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările şi completările ulterioare

Denumirea serviciului medical	Nr. de puncte^1) pe serviciu medical	Nr. de servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute, acutizările unor afecţiuni cronice^2):	X	X	X
a) consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute;			
b) consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni subacute;			
c) consultaţia în caz de boală pentru acutizările unor afecţiuni cronice			
2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanţă^3)			
3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice la cabinet^4)			
4. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice acordate la distanţă^5)			
5. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea iniţială a cazului nou^6):	X	X	X
a1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2;			
a2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC;			
a3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi;			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)^7)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ŞI PROFILACTICE	X	X	X
1. Consultaţiile preventive (consultaţii periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 şi 18 ani)^8):	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului;			
c) la 2 luni;			
d) la 4 luni;			
e) la 6 luni;			
f) la 9 luni;			
g) la 12 luni;			
h) la 15 luni;			
i) la 18 luni;			
j) la 24 de luni;			
k) la 36 de luni;			
l) anual, pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 şi 18 ani			
2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei^*9):	X	X	X
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naştere - la domiciliu			
3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic:	X	X	X
a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice^10);			
b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt^10);			
c) asiguraţi cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice^11):	X	X	X
c1) consultaţie evaluare iniţială;			
c2) consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile;			
c3) consultaţie pentru monitorizare/control			
C. CONSULTAŢII LA DOMICILIUL ASIGURAŢILOR^12):	X	X	X
a) consultaţii pentru situaţii de urgenţă;			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice;			
c) boli cronice;			
d) management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie:	X	X	X
d.1) evaluarea iniţială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2;			
d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC;			
d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi;			
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ŞI TERAPEUTICE*^13	X	X	X

a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore	X	X	X
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă-braţ			
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei			
e) Tuşeu rectal	X	X	X
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracţie corp străin din fosele nazale			
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
l) Imobilizare entorsă			
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)			
n) Supraveghere travaliu fără naştere			
o) Naştere inopinată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicaţia)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
E. CONSTATAREA DECESULUI CU SAU FĂRĂ ELIBERAREA CERTIFICATULUI MEDICAL CONSTATATOR AL DECESULUI^14))			
F. ADMINISTRARE SCHEMĂ TRATAMENT DIRECT OBSERVAT (DOT) PENTRU BOLNAVUL TBC^15)			
G. CONFIRMARE CAZ ONCOLOGIC^16)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

^1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^2) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^3) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^4) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^5) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^6) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^7) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^8) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^9) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.2.2 şi 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^10) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^11) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^12) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 - nota din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare;
^14) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.5 - nota 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^15) Conform lit. B pct. 1 subpct. 1.6.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
^16) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
NOTĂ:
Desfăşurătorul de la pct. 9.4 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: numele şi prenumele persoanei, data naşterii, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale (documentele sunt cele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările şi completările ulterioare).
La data de 29-04-2022 Punctul 9.4 din Anexa nr. 1-d a fost modificat de Punctele 7 și 8, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022
9.5. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2; astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi - pentru persoanele beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare -

				Nr. de puncte	Codul de parafă		Nr. contractului încheiat de

Nr. crt.	Numele şi prenume	Numărul unic de identificare	Caz nou-confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A poz. 5 lit. a) subpct. a1), a2) şi a3) din tabelul de la pct. 9.4^1)	/persoană beneficiară caz nou-confirmat din col. 4^2)	al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	medicul din col. 6 cu CAS (Nr. contract se regăseşte în scrisoarea medicală.)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				5,5			
2.				5,5			
3.				5,5			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

^1) Se va completa, după caz:
– cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2;
– cifra 2 pentru cazul nou de astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC;
– cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi.
^2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.
La data de 18-03-2022 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

9.6. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.4

Total număr de puncte pe serviciu pe lună menţionat în col. 4 din tabelul 9.4	Total număr de puncte pe caz nou-confirmat menţionat în col. 5 din tabelul 9.5	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

La data de 18-03-2022 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU (decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate) = total pct. 4.3 + total pct. 6 + total pct. 7 + total pct. 8.3 + total pct. 9.3 + total pct. 9.6.

La data de 31-01-2023 Punctul 10 din anexa nr. 1-d a fost modificat de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

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

Număr de puncte pe serviciu pe lună menţionat la pct. 10 din «Desfăşurătorul punctajului activităţii lunare a medicului de familie» minus total col. 4, lit. D de la desfăşurătorul de la punctul 4.1, minus total col. 4, lit. D de la desfăşurătorul de la punctul 8.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfăşurătorul de la punctul 9.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfăşurătorul de la punctul 9.4	Majorarea/Diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcţie de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/– col. 2)
1	2	3

La data de 29-04-2022 Tabelul de la punctul 11 din Anexa nr. 1-d a fost modificat de Punctul 9, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

12.1. Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical şi acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale

Denumirea serviciului medical	Nr. de puncte*^1) pe serviciu medical	Număr de servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. Servicii medicale curative	X	X	X
1. Urgenţă pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical*^2)			
2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute, acutizările unor afecţiuni cronice*^3):	X	X	X
a) consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute			

b) consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni subacute			
c) consultaţia în caz de boală pentru acutizările unor afecţiuni cronice			
3. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanţă*^4)			
4. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice - la cabinet*^5)			
5. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice acordate la distanţă*^6)			
6. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea iniţială a cazului nou*^7)	X	X	X
a.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2			
a.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)*^8)			
B. Servicii medicale preventive şi profilactice:	X	X	X
1. Consultaţiile preventive (consultaţii periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani)*^9)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 de luni			
k) la 36 de luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 şi 18 ani			
2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei*^10):	X	X	X
a) luarea în evidenţă în primul trimestru			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere - la domiciliu			
3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 de ani - persoane asimptomatice*^11)			
b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 de ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*^11)			
c) asiguraţi cu vârsta > 40 de ani - persoane asimptomatice*^12)			
c.1) consultaţie evaluare iniţială			
c.2) consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile			
c.3) consultaţie pentru monitorizare/control			
C. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemoepidemic*^13) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou-descoperit activ de medicul de familie			
D. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială*14)	X	X	X
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) indicarea unei metode contraceptive persoanelor fără risc			
E. Consultaţii la domiciliu*15)	X	X	X
a) consultaţii pentru situaţii de urgenţă			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) management de caz pentru persoanele nedeplasabile înscrise pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea iniţială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2			
d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
F. Servicii medicale diagnostice şi terapeutice*16)	X	X	X
a) spirometrie			
b) măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			

c) măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ			
d) efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei			
e) tuşeu rectal			
f) tamponament anterior epistaxis			
g) extracţie corp străin din fosele nazale			
h) extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) administrare medicaţie aerosoli (Nu include medicaţia.)			
j) evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) sondaj vezical			
l) imobilizare entorsă			
m) tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)			
n) supraveghere travaliu fără naştere			
o) naştere inopinată			
p) testul monofilamentului			
q) peakflowmetrie			
r) tratament intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (Nu include medicaţia.)			
s) pansamente, suprimat fire			
ş) administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
G. Constatarea decesului, cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces*17)			
H. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat*18)			
I. Confirmare caz oncologic*19)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

^*1) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*2) Conform lit. A punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*3) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*4) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*5) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*6) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*7) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*8) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare, şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*9) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*10) Conform lit. A punctul 1 subpunctele 1.2.2 şi 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*11) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*12) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*13) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*14) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*15) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare, şi conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*16) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.4. - Notă din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

^*17) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.5 - Notă din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.
^*18) Conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.6. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.
^*19) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.
NOTĂ:
Desfăşurătorul de la punctul 12.1 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/ cod unic de identificare serviciile medicale acordate; pentru cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, se vor consemna ca «urgenţă» de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV «Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările ulterioare.
La data de 31-01-2023 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023
12.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2; astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. crt.	Numele şi prenumele persoanei	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A pct. 6 subpct. a1), a2) şi a3) din tabelul de la pct. 12.1.*^1)	Nr. puncte/ caz nou-confirmat din col. 4*^2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăseşte în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				5,5			
2.				5,5			
3.				5,5			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*^1) Se va completa, după caz:
– cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2;
– cifra 2 pentru cazul nou de astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC;
– cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi.
*^2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/persoană, în luna în care a fost confirmat.
La data de 31-01-2023 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023
12.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 12.1

Total număr de puncte pe serviciu pe lună menţionat în col. 4 din tabelul de la pct. 12.1	Total număr de puncte pe caz nou-confirmat = total col. 5 din tabelul de la pct. 12.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3= 1 + 2

La data de 31-01-2023 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023
12.4. Total puncte pe serviciu (suportate de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate) = total puncte col. 3 de la pct. 12.3
La data de 31-01-2023 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023
12.5. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu în raport cu gradul profesional, pentru serviciile din pachetul minimal:

Număr de puncte pe serviciu pe lună menţionat la pct. 12.4 din «Desfăşurătorul punctajului activităţii lunare a medicului de familie» minus total col. 4 lit. F de la desfăşurătorul de la punctul 12.1	Majorarea/Diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcţie de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)

1	2	3

La data de 31-01-2023 Anexa nr. 1-d a fost completată de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023

NOTĂ: Desfăşurătoarele din anexa 1-d) se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

Anexa nr. 1-e

Abrogată

La data de 29-04-2022 Anexa nr. 1-e a fost abrogată de Punctul 10, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Anexa nr. 1-f

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană şi sumele aferente administrării şi funcţionării acestor cabinete

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr de zile lucrate	Venit lunar*)	Suma necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical**) col. 3 x 1,5	Total sume luate în calculul drepturilor (col. 3 + col. 4) x col. 2. /col. 1
1	2	3	4	5

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

*) Conform art. 15 lit. a) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) Conform art. 15 lit. b) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Director general,

.....

Directorul executiv al Direcţiei economice,

.....

Directorul executiv al Direcţiei relaţii contractuale,

.....

Întocmit

.....

NOTĂ:

Formularul din anexa nr. 1-f se întocmeşte de casa de asigurări de sănătate într-un singur exemplar pentru fiecare medic de familie nou-venit şi stă la baza completării anexei nr. 1-g.

La data de 29-04-2022 Anexa nr. 1-f a fost modificată de Punctul 11, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Anexa nr. 1-g

Casa de asigurări de sănătate

.....

Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

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

Luna	Număr de medici	Sumă aferentă unei liste echilibrate de 800 de asiguraţi*)	Sume necesare pentru cheltuieli de administrare şi funcţionare a cabinetului medical**)	Total sume
1	2	3	4	5 = 3 + 4
TOTAL				
Sume raportate în plus				

sau în minus***)				

*) Sumă reprezentând plata «per capita» pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport cu gradul profesional şi cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, conform art. 6 pct. 2.1 lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) Conform art. 15 lit. b) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare, şi conform art. 6 pct. 2.1 lit. b) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.
Director general,
.....
Directorul executiv al Direcţiei economice,
.....
Directorul executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Întocmit,
.....

NOTĂ:

Formularul din anexa nr. 1-g se întocmeşte trimestrial în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate, din care un exemplar se înaintează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la data de 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

La data de 29-04-2022 Anexa nr. 1-g a fost modificată de Punctul 11, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Anexa nr. 1-h

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului
.....	.....
Localitate	Medic de familie .....
Judeţ	(nume prenume)
	CNP medic de familie .....

DESFĂŞURĂTORUL ACTIVITĂŢII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE NOU VENIT*)
LUNA ..... ANUL .....

Număr zile lucrătoare din luna	Număr zile lucrate de medicul de familie nou venit

*) Pentru medicii de familie nou-veniţi într-o localitate-unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 6 luni au încheiate convenţii de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 15 din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
Desfăşurătorul din Anexa 1-h se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

Anexa nr. 1-i

Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitate .....
Judeţ .....
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
Medic de familie
.....
(numele şi prenumele)
CNP medic de familie .....

DESFĂŞURĂTORUL
serviciilor medicale incluse în plata «per capita»
luna ..... anul .....

Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata «per capita» şi acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

	Persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		Beneficiari ai formularelor/ documentelor europene	
Denumirea serviciului medical	Număr de servicii medicale	Nr. CNP-uri beneficiare/ Coduri unice de identificare	Număr de servicii medicale	Nr. coduri unice de identificare - beneficiare /numere de identificare personale
I. Servicii medicale incluse în plata «per capita»*)				
1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală				
2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemoepidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC noudescoperit activ de medicul de familie				
3. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	x	x	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.				
4. Activităţi de suport - eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de concediu medical;				
b) bilete de trimitere;				
c) adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;				
d) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială, în condiţiile legii;				
e) adeverinţe medicale pentru înscrierea în colectivitate - necesare la înscrierea în unităţile de învăţământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unităţile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna şi recreerea copiilor şi tinerilor, cu modificările ulterioare;				
f) prescripţii medicale;				

g) avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al ministrului educaţiei nr. 438/4.629/2021 privind asigurarea asistenţei medicale a preşcolarilor, elevilor din unităţile de învăţământ preuniversitar şi studenţilor din instituţiile de învăţământ superior pentru menţinerea stării de sănătate a colectivităţilor şi pentru promovarea unui stil de viaţă sănătos;				
h) fişa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilităţi pentru încadrarea şi reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice, al ministrului sănătăţii şi al ministrului educaţiei naţionale şi cercetării ştiinţifice nr. 1.985/1.305/5.805 /2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea şi intervenţia integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilităţi în grad de handicap, a orientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale, precum şi în vederea abilitării şi reabilitării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educaţionale speciale;				
i) adeverinţe încadrare în muncă pentru şomerii beneficiari ai pachetului de bază;				
j) documente medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;				
k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu;				
l) recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu;				
m) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar.				
II. Consultaţiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 şi 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627 /2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare, care depăşesc limitele prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b) şi art. 15 alin. (2) lit. a)-c) din anexa nr. 2 la acelaşi ordin**)	x	x	x	x
A. Servicii medicale curative				
1. Consultaţia în caz de boală:				
a) consultaţie pentru afecţiuni acute				
b) consultaţie pentru afecţiuni subacute				
c) consultaţie pentru acutizările unor afecţiuni cronice.				
2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanţă				
3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice – la cabinet				
4. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice acordate la distanţă				
B. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor	x	x	x	x
1. urgenţă				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
C. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului				
D. Servicii medicale diagnostice şi terapeutice**)	x	x	x	
a) Spirometrie				
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore	x	x	x	
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braţ				
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei				
e) Tuşeu rectal	x	x	x	
f) Tamponament anterior epistaxis				
g) Extracţie corp străin din fosele nazale				
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen				
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)				
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie				
k) Sondaj vezical				
l) Imobilizare entorsă				
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furuncului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)				
n) Supraveghere travaliu fără naştere				
o) Naştere inopinată				
p) Testul monofilamentului				
q) Peakflowmetrie				
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicaţia)				
s) Pansamente, suprimat fire				
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor				

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.
**) Serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 aprilie 2022 decontate conform prevederilor art. 15 alin. (4) şi (5) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
(numele şi prenumele)

NOTĂ:
Desfăşurătorul din prezenta anexă se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.
La data de 29-04-2022 Anexa nr. 1-i a fost modificată de Punctul 12, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Anexa nr. 1-j

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului
.....	.....
Localitate	Medic de familie .....
Judeţ	(nume prenume)
	CNP medic de familie .....

I. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENŢA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAŢIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAŢIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU COPII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 2 ŞI 18 ANI, PRECUM ŞI PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA ÎNTRE 18 ŞI 39 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 DE LA PUNCTUL 1.2.1, RESPECTIV NOTA 1 LIT. a) ŞI b) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1.068/627/2021
LUNA ..... ANUL .....

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 1-j se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

II. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENŢA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAŢIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAŢIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA DE PESTE 40 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 LIT. c) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1.068/627/2021

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

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

III. BORDEROU CENTRALIZATOR

cuprinzând evidenţa numărului de bilete de trimitere emise pentru investigaţiile paraclinice - analize medicale de laborator test de toleranţă la glucoză per os (TTGO) şi/sau HBA1C, în cadrul consultaţiilor preventive din pachetul de bază - pentru asiguraţii adulţi asimptomatici, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi /sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat şi prevăzute la nota 1 lit. d) şi e) de la subpunctul 1.2.3 de la lit. b din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare,

luna ..... anul .....

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii/numărul unic de identificare - pentru cetăţenii străini sau apatrizii aflaţi în situaţii deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

(numele şi prenumele)

NOTĂ:

Desfăşurătorul din prezenta anexă se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.
La data de 29-04-2022 Anexa nr. 1-j a fost completată de Punctul 13, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 1-j se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

Anexa nr. 2-a

Casa de asigurări de sănătate …….....	
Furnizorul de servicii medicale …….....	Reprezentantul legal al furnizorului …….....
Localitate ……..... Judeţ …….....	Medic de specialitate/competenţă /atestat .....…… (nume, prenume)
	CNP medic de specialitate ……

1.1. Desfăşurător lunar al consultaţiilor şi serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic
LUNA ..... ANUL .....
Tabel. 1.1.a)

Nr. crt.	Specialitatea/competenţă/atestat de studii complementare*) …….....	Număr consultaţii/ servicii pe zi					Total Consultaţii/ servicii diagnostice şi terapeutice	Nr. puncte**) pe tip de: consultaţie/ serviciu diagnostic şi terapeutic	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6=C4xC5
A.	Consultaţii**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						X	X	X
1.	Consultaţie medicală de specialitate pentru episoade de boală acută /subacută/acutizări ale bolilor cronice:							X	
2.	Consultaţia medicală de specialitate pentru asiguraţii cu afecţiuni cronice (fară consultaţiile acordate asiguraţilor cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultaţie în cadrul managementului de caz), din care:							X	
2.1	Consultaţia medicală de specialitate pentru asiguraţii cu afecţiuni cronice (fără consultaţiile acordate asiguraţilor cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultaţie în cadrul managementului de caz) acordată la distanţă:							X	
3.	Consultaţia medicală de specialitate pentru asiguraţii cu afecţiuni cronice - consultaţii acordate asiguraţilor cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultaţie în cadrul managementului de caz:							X	
3.1.	HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2						X	X	X
3.2.	boli respiratorii cronice: astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)						X	X	X
3.3.	boala cronică de rinichi						X	X	X
4.	Consultaţie medicală de specialitate pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală:							X	
5.	Consultaţie medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic (caz suspicionat şi confirmat) din care:							X	
5.1	Consultaţie medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare (caz suspicionat şi confirmat) acordată la distanţă:							X	
6.	Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială							X	

7.	Consultaţii pentru îngrijiri paliative							X	
B.	Servicii diagnostice şi terapeutice **) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:							X	X
8.	Proceduri diagnostice simple:							X	
9.	Proceduri diagnostice de complexitate medie:							X	
10.	Proceduri diagnostice complexe:							X	
11.	Proceduri diagnostice de complexitate superioară:							X	
12.	Proceduri terapeutice / tratamente chirurgicale simple:							X	
13.	Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe:							X	
14.	Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple:							X	
15.	Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie:							X	
16.	Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe:							X	
17.	Tratamente ortopedice medicale:							X	
18.	Terapii psihiatrice:							X	
19.	Terapii genetică medicală:							X	
20.	Consultaţii**) pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii şi lăuziei:							X	
20. a.	Consultaţii pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii:							X	
20. b.	Consultaţii pentru acordarea serviciilor de supraveghere a lăuziei:							X	
C.	Servicii de sănătate conexe actului medical**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:							X	X
21.	Servicii de sănătate conexe:							X	
	TOTAL GENERAL							X	

*) Sunt cele prevăzute la litera B punctele 2 şi 7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021.

**) Tipurile de consultaţii medicale de specialitate şi punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 subpct. 1.1. - 1.6 şi pct. 4. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Tipurile de servicii diagnostice şi terapeutice (procedurile diagnostice şi terapeutice) şi punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 în tabelul de la subpct. 1.7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical şi punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct-ul 1, subpct.1.8. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Tipurile de consultaţii pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii şi lăuziei şi punctajele aferente sunt cele prevăzute la lit. B pct. 1 subpct. 1.9 şi pct. 4. din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

Tabelul 1.1.b)

Nr. crt.	Denumire Serviciu Medical*)	Numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz**)	Tarif /serviciu***)	Sumă realizată****) - lei -
C1	C2	C3	C4	C5=C3*C4
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deţine documente medicale care să ateste existenţa în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV		***)	
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deţine documente medicale ce atestă existenţa în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)		***)	
3.	Screening prenatal (S11 – S19+6 zile)		***)	
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestaţional)		***)	
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică uşoară)		***)	

6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)		***)	
7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului		***)	
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului cu suspiciune identificată mamografic		***)	
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin		***)	
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic		***)	
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie		***)	
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin* 9) - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie		***)	
X	TOTAL GENERAL		X	

*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. B pct. 1 sbct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021

**) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.2. b) din anexa 2-a (continuare).

***) Tariful este cel prevăzut în Anexa 7 la Lit. B pct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.068 /627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătoarele din Anexa 2-a - tab. 1.1 a) şi 1.1 b) se întocmesc lunar şi se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 2-a

(continuare)

Casa de asigurări de sănătate …….....	
Furnizorul de servicii medicale …….....	Reprezentantul legal al furnizorului …….....
Localitate ……..... Județ …….....	Medic de specialitate/competență /atestat .....…… (nume, prenume)
	CNP medic de specialitate ……

1.2. Desfăşurător pe C.N.P./numărul de identificare personal/cod unic de identificare al consultaţiilor şi serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, acordate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

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

Tabelul 1.2.a)

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*)									
			Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/ subacută/ acutizări ale bolilor cronice	Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz):	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice – consultații acordate pe baza biletului de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz:			Nr. consultații medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală	Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspicionat și confirmat)	Nr. consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	Nr. consultații pentru îngrijiri paliative	Nr. proc diag simp
					HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	boli respiratorii cronice: astm bronșic și BPOC	boala cronică de rinichi					
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
TOTAL												

*) Consultaţiile şi serviciile medicale sunt cele prevăzute la litera B din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021
Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "1" din tab. 1.1
Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "2" din tab. 1.1
Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.1" din tab. 1.1
Total col. C7 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.2" din tab. 1.1
Total col. C8 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.3" din tab. 1.1
Total col. C9 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "4" din tab. 1.1
Total col. C10 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "5" din tab. 1.1
Total col. C11 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "6" din tab. 1.1
Total col. C12 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "7" din tab. 1.1
Total col. C13 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "8" din tab. 1.1
Total col. C14 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "9" din tab. 1.1
Total col. C15 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "10" din tab. 1.1
Total col. C16 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "11" din tab. 1.1
Total col. C17 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "12" din tab. 1.1
Total col. C18 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "13" din tab. 1.1
Total col. C19 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "14" din tab. 1.1
Total col. C20 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "15" din tab. 1.1
Total col. C21 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "16" din tab. 1.1
Total col. C22 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "17" din tab. 1.1
Total col. C23 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "18" din tab. 1.1
Total col. C24 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "19" din tab. 1.1
Total col. C25 din tab. 1.2 = col. C4 lit. C poz. "20.a" din tab. 1.1
Total col. C26 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "20.b" din tab. 1.1
Total col. C27 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "21" din tab. 1.1

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

Tabelul 1.2.b)

Nr. crt.	Denumire Serviciu Medical *)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului medical	Număr servicii medicale în scop diagnostic-caz
C1	C2	C3	C4	C5
1	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deţine documente medicale care să ateste existenţa în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)			
2	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deţine documente medicale ce atestă existenţa în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)			
3	Screening prenatal (SIl - SI9+6 zile)			
4	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestaţional)			
5	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică uşoară)			
6	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)			
7	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului			
8	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului cu suspiciune identificată mamografic			
9	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
10	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
11	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie			
12	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie			
X	TOTAL			

*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:

1. Desfăşurătoarele din Anexa 2-a (continuare) - tab. 1.2. a) şi 1.2. b) se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfăşurătoarele din Anexa 2-a - de la pct. 1.1 şi 1.2 se completează distinct pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene / din Spaţiul Economic European / Confederaţia Elveţiană / Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Anexa nr. 2-b

Casa de asigurări de sănătate …….....	
Furnizorul de servicii medicale …….....	Reprezentantul legal al furnizorului …….....
Localitate ……..... Judeţ …….....	Medic de specialitate …….....… (nume, prenume)
	CNP medic de specialitate …….....…

1.1. Desfăşurător lunar al consultaţiilor medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultaţii pe zi					Total consultaţii	Nr. puncte**) pe consultaţie	Nr. total puncte
		1	2	....	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6=C4xC5
	Consultaţii în cadrul pachetului minimal:	X	X	X	X	X	X	X	X
1.	- consultaţie medicală pentru situaţii de urgenţă medico-chirurgicală								
2.	- consultaţie medicală pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic (caz suspicionat şi confirmat)								
3.	- consultaţii de supraveghere a evoluţiei sarcinii şi lăuziei	X	X	X	X	X	X	X	X
3. a.	- consultaţii de supraveghere a evoluţiei sarcinii								
3. b.	- consultaţie de supraveghere a lăuzei								
TOTAL GENERAL								X	

*) Specialităţile sunt cele prevăzute la lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

**) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,
.....
(nume şi prenume)

1.2. Desfăşurător pe C.N.P./număr de identificare personal al consultaţiilor cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale, acordate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

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

Nr. crt.			Pachetul minimal de servicii medicale*)			
					Consultaţii de supraveghere a evoluţiei sarcinii şi lăuziei	
					Consultaţii de supraveghere	

	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Consultaţii medicale pentru situaţii de urgentă medico-chirurgicală	Consultaţii medicale pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo - epidemic (caz suspicionat şi confirmat)	a evoluţiei sarcinii	Consultaţii de supraveghere a lăuzei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						

*) Consultaţiile sunt cele cf. lit. A pct. 1 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021

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

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

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,
.....
(nume şi prenume)

Anexa nr. 2-b

(continuare)

Casa de asigurări de sănătate	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Localitate ..... Judeţ	Medic de specialitate ..... (nume, prenume)
	CNP medic de specialitate .....

2.1. Desfăşurător lunar al consultaţiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European /Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate

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

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultatii pe zi					Total consultaţii	Nr. puncte**) pe consultaţie	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6=C4xC5
	Consultaţii în cadrul pachetului de servicii:	X	X	X	X	X	X	X	X
1.	- consultaţie medicală pentru situaţii de urgenţă medico-chirurgicală								
2.	- consultaţie medicală pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic (caz suspicionat şi confirmat)								
3.	- consultaţie medicală de specialitate pentru episoade de boală acută / subacută / acutizări ale bolilor cronice								
	TOTAL GENERAL							X	

*) Specialităţile sunt cele de la lit. B punctul 2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021

**) Conform lit. B pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

2.2. DESFĂŞURĂTOR PE NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAŢIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ /REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

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

			Pachetul de servicii medicale*)		

Nr. crt.	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Consultaţii medicale - pentru situaţii de urgenţă medico-chirurgicală	Consultaţii medicale pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic (caz suspicionat şi confirmat)	Consultaţie medicală de specialitate pentru episoade de boală acută /subacută/ acutizări ale bolilor cronice
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

*) Consultaţiile sunt cele conform lit. C pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021
Total col. C4 din tab.2.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 2.1
Total col. C5 din tab.2.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 2.1
Total col. C6 din tab.2.2 = col. C4 rândul 3 din tab. 2.1

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
1. Desfăşurătoarele din Anexa 2-b - de la pct. 2.1 şi 2.2 se completează distinct pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, fără a se completa rubricile aferente consultaţiei medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice (pentru pacienţii care beneficiază numai de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1 subpunctele 1.1. şi 1.2. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021
2. Desfăşurătoarele din Anexa 2-b se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 2-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	Furnizorul de servicii medicale .....
Localitate ..... Judeţ	Reprezentantul legal al furnizorului .....
	Medic de specialitate ..... (nume, prenume)
	CNP medic de specialitate .....

Desfăşurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea şi de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) şi alin. (2) lit. a) şi b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.068/627/2021

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

Nr. puncte/lună pentru consultaţii şi servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*)			Majorarea nr. de puncte în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea **)	Majorarea nr. de puncte în funcţie de gradul profesional ***)	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care:	Puncte aferente consultaţiilor şi serviciilor medicale clinice	Puncte aferente serviciilor conexe			
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C1+C4+C5

*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-b) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 2.1. al Anexei 2-b)
**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ţine seama şi de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situaţie se aplică formula: col. C4= col. C2 x % de majorare
***) col. C5 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care lucrează exclusiv în planificare familială şi medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum şi asupra numărului de puncte aferente serviciilor de

sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât şi servicii medicale într-o altă specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporţional cu programul de lucru aferent specialităţii clinice.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 2-c se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 2-d

Abrogată
La data de 29-04-2022 Anexa nr. 2-d a fost abrogată de Punctul 14, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Anexa nr. 2-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

RAPOARTELE DE ACTIVITATE ÎNTOCMITE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂŢILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂŢII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCŢIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ*)

*) Conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1.068/627/2021.
PRECIZARE:
Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistenţa medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, 1.1 B, 1.1 C şi 1.1 Dtabelele 1.2 A, 1.2 B , 1.2 C şi 1.2 D, tabelele 1.3 A, 1.3 B ,1.3 C şi 1.3 D din Anexa 3-h şi tabelul din Anexa 3-j.

DIRECTOR GENERAL,
.....

NOTĂ:
Formularele se transmit de la casa de asigurări de sănătate către unităţile sanitare.

Anexa nr. 2-f

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

RAPOARTELE PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂŢILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂŢII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCŢIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ*)

*) Conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1.068/627/2021.
PRECIZARE:
Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistenţa medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, B, C şi D, tabelele 1.2 A, B, C şi D şi tabelele 1.3 A, B, C şi D din Anexa 3-i.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume şi prenume)

Anexa nr. 2-g

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Judeţul .....

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

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

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*)/ (codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif decontat /investigaţie paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

2. Desfăşurător lunar al investigaţiilor paraclinice - analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultaţiilor preventive ***)

2.1. Pentru persoanele cu vârsta până la 39 ani inclusiv

LUNA .... ANUL .....

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*)/ (codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigaţie paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

***) În condiţiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

2.2. Pentru persoanele adulte asimptomatice cu vârsta de 40 de ani şi peste 40 de ani

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

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*)/ (codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigaţie paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

***) În condiţiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

2.3. Pentru asiguraţii adulţi asimptomatici, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat

luna ..... anul .....

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*)/ (codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigaţie paraclinică**) - lei-	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL		X		

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a

Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare.
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.
**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.
***) În condiţiile prevăzute la Nota 5 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.
La data de 29-04-2022 Punctul 2. din Anexa nr. 2-g a fost completat de Punctul 15, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

3. Desfăşurător lunar al investigaţiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*)/ (codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigaţie paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.
**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
Formularul nu va include investigaţiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internaţi.

4. Desfăşurător lunar al investigaţiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor care au încheiată convenţie***) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*)/ (codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigaţie paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.
**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
***) Conform Anexei 41 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

5. Desfăşurătorul pe CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare al asiguraţilor care au beneficiat de investigaţii paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate / medicilor care au încheiată convenţie cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice
LUNA ..... ANUL .....

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/ Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari de formulare /documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;
**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.
NOTĂ:
1. În cazul investigaţiilor CT şi RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, se vor ataşa şi copii ale fişelor de preanestezie pe care va fi aplicată parafa şi semnătura medicilor cu specialitatea ATI.
2. Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 4)

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

6. Borderou centralizator cuprinzând evidenţa numărului de bilete de trimitere pentru investigaţiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu/ medicilor care au încheiată convenţie****) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice
LUNA ..... ANUL .....

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/ Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;
**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
****) Conform Anexei 41 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

7. Borderou centralizator cuprinzând evidenţa numărului de bilete de trimitere pentru investigaţiile paraclinice - analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie ca urmare a consultaţiilor preventive****)
LUNA ..... ANUL .....

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

TOTAL GENERAL	X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/ Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;
**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
****) În condiţiile prevăzute la NOTA 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
1. Desfăşurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar şi se transmit cu semnătura electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice.
2. Desfăşurătoarele din anexa 2-g se completează şi de spitale pentru investigaţiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu de laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice organizate în structura acestora, inclusiv de cele din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică din structura spitalelor
3. Desfăşurătoarele din anexa nr. 2-g se completează, după caz, şi de:
– furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, inclusiv de servicii clinice în specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, care au încheiat act adiţional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale clinice (inclusiv pentru investigaţiile efectuate ca o consecinţă a actului medical propriu);
– furnizorii de servicii de medicină dentară în ambulatoriu care au încheiat act adiţional pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară (inclusiv pentru investigaţiile efectuate ca o consecinţă a actului medical propriu).
La data de 29-04-2022 Punctul 3. din Anexa nr. 2-g a fost modificat de Punctul 16, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022
4. Tabelele 1 şi 5 se completează, după caz şi de către furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară care au încheiat act adiţional la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate asiguraţilor din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, ca o consecinţă a actului medical propriu.
5. Tabelele 1, 3, 5 şi 6 se completează distinct pentru investigaţiile paraclinice necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare şi pentru investigaţiile paraclinice necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice şi boli cerebrovasculare - pentru afecţiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. IX din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative.
La data de 29-04-2022 Punctul 5. din Anexa nr. 2-g a fost modificat de Punctul 16, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022
6. Tabelul de la pct. 2.2 se completează distinct pentru investigaţiile paraclinice recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultaţiilor preventive, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 2 alin. (4) din anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.
La data de 23-08-2021 Anexa nr. 2-g a fost completată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 778 din 13 august 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 805 din 23 august 2021

Anexa nr. 2-h

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

DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE
DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ,
PENTRU GRUPA copii 0-18 ANI

LUNA ..... ANUL ....

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

*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
**) Codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 2-h se întocmeşte lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale şi se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată, la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa nr. 2-i

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

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

LUNA ..... ANUL ....

Nr. crt.	Nr. Fişa sau Registru consultaţii	CNP asigurat/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii /luna	Tarif lei/serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9=C6xC7xC8
TOTAL			X	X		X	X	

*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

**) Codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 1.068/627/2021 coroborat cu precizările prevăzute la nota din subsolul tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
****) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 2-i se întocmeşte lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale şi se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa nr. 2-j

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

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

LUNA ..... ANUL ....

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat/ Cod unic de identificare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii /luna	Tarif lei/serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9=C6xC7xC8
TOTAL			X	X		X	X	

*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
**) Codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 coroborat cu precizările de la pct. 7 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
****) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 2-j se întocmeşte lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale şi se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa nr. 2-k

Casa de asigurări de sănătate ..... Furnizorul de servicii medicale	Reprezentant legal	
	Medic de medicină dentară/medic stomatolog/ dentist ..... (nume prenume)	Medic de medicină dentară/medic stomatolog/ dentist .....

L o c a l i t a t e a ..... J u d e ţ u l	Grad profesional medic ..... C N P m e d i c / d e n t i s t	(nume prenume) Grad profesional medic ..... C N P m e d i c / d e n t i s t .....

DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENŢĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

LUNA ..... ANUL ....

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

*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. B din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

**) Codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

Serviciile de medicină dentară din pachetul minimal sunt cele cuprinse în tabelul de la litera B din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 2-k se întocmeşte lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale şi se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa nr. 2-l

1.1. Abrogat.

La data de 29-04-2022 Punctul 1.1. din Anexa nr. 2-l a fost abrogat de Punctul 17, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

1.2. Desfăşurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare - zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament

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

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

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2 din prezenta anexă = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.4 din prezenta anexă

*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A pct. 1 subpct. 1.4 din anexa nr. 10 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a

dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare, şi art. 1 alin. (2) din anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare, cu excepţia poziţiilor 1, 28-29, 32-34 şi 38 prevăzute la subpct. 1.1 de la pct. 1 lit. A din anexa nr. 10 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporţional, conform formulei: număr proceduri recomandate şi efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

**) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A pct. 1 subpct. 1.4 din anexa nr. 10 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare, şi art. 1 alin. (2) din anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare, cu condiţia ca cel puţin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziţia 1, 28-29, 32-34 şi 38 prevăzute la subpct. 1.1 de la pct. 1 lit. A din anexa nr. 10 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporţional, conform formulei: număr proceduri recomandate şi efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (12) din anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
(numele şi prenumele)

NOTĂ:
Desfăşurătoarele din prezenta anexă se întocmesc lunar şi se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în bazele de tratament, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

La data de 29-04-2022 Punctul 1.2. din Anexa nr. 2-I a fost modificat de Punctul 18, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

1.3. Abrogat.

La data de 29-04-2022 Punctul 1.3. din Anexa nr. 2-I a fost abrogat de Punctul 17, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Casa de asigurări de sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....

La data de 29-04-2022 Antetul de la punctul 1.4 din Anexa nr. 2-I a fost modificat de Punctul 19, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

1.4. Desfăşurătorul procedurilor specifice de medicină fizică şi de reabilitare în bazele de tratament, incluse în zilele de tratament decontate de casa de asigurări de sănătate

La data de 29-04-2022 Titlul Punctului 1.4. din Anexa nr. 2-I a fost modificat de Punctul 20, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

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

Nr. crt.	C N P /Număr de identificare personal/ cod unic d e identificare	Denumire procedură*)	Număr proceduri, pe zi																															Total proceduri realizate	Total număr zile d e tratament**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2	C3																															C4	C5
1																																			x
SUBTOTAL CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1																																			
2																																			x

SUBTOTAL CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2		
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1 + Subtotal CNP /Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2 + ...)		

*) Conform lit. A, pct. 1, pct. 1.3 din Anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

**) Conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.3.1 din Anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 şi art. 1 alin. (7) lit. b) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătoarele din Anexa 2-l se întocmesc lunar şi se transmit în format electronic (cu semnătură electronica extinsă/ calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale şi pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale; pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, precum şi daune sănătăţii propriei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens.

Anexa nr. 2-m

Casa de asigurări de sănătate	Reprezentantul legal al furnizorului
Furnizorul de servicii medicale	.....
Localitatea	Medic de specialitate .....
Judeţul	CNP medic de specialitate .....

1.1. Desfăşurător lunar al serviciilor de acupunctură-consultaţii din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic şi decontate din fondul alocat asistenţei medicale de medicină fizică şi de reabilitare

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

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Număr consultaţii de acupunctura	Tarif*) pe consultaţie contractat	Sumă **) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL GENERAL		X		X	

*) Tariful/consultaţie pentru serviciile de acupunctura este prevăzut la lit. B, pct. 8, subpct. 8.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.068/627/2021;

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.068/627/2021;

1.2. Desfăşurător lunar al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure finalizate) şi decontate din fondul alocat asistenţei medicale de medicină fizică şi de reabilitare

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

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Număr servicii de acupunctură - cazuri finalizate (cure de tratament)	Număr zile recomandate	Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate	Tarif*) pe serviciu medical-caz	Sumă**) (lei)	Motivul întreruperii curei***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C4xC7	C9
TOTAL GENERAL						X		X
Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4)						-		

*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 8, subpct. 8.2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea cazurilor finalizate se realizează la tariful pe serviciu medical - caz contractat; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mic de 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz rezultat conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă;

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021;
***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifica motivul întreruperii curei de tratament conform art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

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

Anexa nr. 2-n

Casa de asigurări de sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Judeţul .....

1. Borderou centralizator cuprinzând evidenţa numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice şi de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu
Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3	C4
	Secţiunea 1		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale clinice
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	Secţiunea 2		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale de acupunctură
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

*) Se completează, după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii şi pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,
.....

2. Borderou centralizator cuprinzând evidenţa numărului de planuri de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate medicină fizică şi de reabilitare
Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Plan de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare (nr. ...*)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare
C1	C2	C3	C4
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

*) Se completează cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie.
**) Se completează, după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii şi pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,
.....

La data de 29-04-2022 Anexa nr. 2-n a fost modificată de Punctul 21, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

Anexa nr. 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic din PIAS/SIUI.
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
1.2.1. DESFĂŞURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....
PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării pentru cazurile externate şi raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. , 10 august 2021 ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)
**) Tipul de caz externat şi raportat la CAS, se completează după caz, astfel:
– "0" pentru cazul externat nevalidat
– "1" pentru cazul externat validat;
– "3" pentru cazul externat validat reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
– "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat
***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observaţie Clinică Generală = Nr. cazuri externate şi raportate la CAS;
În coloanele C1 - C7 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate, raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.2.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

**) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.1. DESFĂŞURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate, raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la 1 iulie 2021 şi până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021 ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

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

– "0" pentru cazul nevalidat;

– "1" pentru cazul externat validat;

– "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021;

– "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
– "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
– "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat
***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observaţie Clinică Generală = Nr. cazuri externate şi raportate.
NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
**) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

Anexa nr. 3-b

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

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

SECŢIA	Nr. cazuri externate*)	ICM contractat*1)	Tarif pe caz ponderat*2)	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	C4= C1 x C2 x C3
TOTAL SPITAL				

*1) Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*2) Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-a.
**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.2.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Data externării *) (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observaţie Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secţia	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat	Tarif pe caz ponderat*1)	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	X	X	X	*****)	X		

*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate, raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării pentru cazurile externate, raportate şi validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

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

– "1" pentru cazul externat validat;

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

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

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

cu cifra "1" conform formulei: C9=C6xC8;

cu cifra "3" conform formulei: C9=C6xC8x10%;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. a), punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021;

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

NOTĂ: Desfăşurătorul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Odată cu raportarea lunară, furnizorii privaţi de servicii medicale spitaliceşti vor transmite în PIAS decontul de cheltuieli eliberat asiguraţilor pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistemul DRG pentru care au încasat contribuţie personală asiguraţilor, potrivit art. 9, lit. a), pct. 1.3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1.068/627/2021.

Judeţul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Tarif pe caz ponderat*2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		

C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*1) Numărul cazurilor ponderate pe secţie se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secţie. Total col. C2 + total col. C3 </= total col. C6 din desfăşurătorul 1.2.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

*3) Suma realizată se calculează conform formulei C5 = (C2 x C4) + (C3 x C4 x 10%).

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferenţa dintre suma realizată din col. C5 şi suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-b corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.3.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

*1) Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate, raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la 1 iulie 2021 şi până la sfârşitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

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

– "1" pentru cazul externat validat;

– "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021;

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

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

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

cu cifra "1" conform formulei: C9=C6xC8;

cu cifra "2" conform formulei: C9=C6xC8;

cu cifra "3" conform formulei: C9=C6xC8x10%;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021;
Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor
*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate şi validate şi este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secţie se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secţie.
NOTĂ: Desfăşurătorul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.
Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

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

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

*) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021.
**) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.
*1) Numărul cazurilor ponderate pe secţie se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secţie. Total col. C5 </= total col. C6 din desfăşurătorul 1.3.1 din anexa 3-b.
*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;
*3) Suma realizată se calculează conform formulei C7 = [(C2 + C3) x C6] + (C4 x C6 x 10%).
Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Anexa nr. 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

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

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

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.
***) Se completează cu numărul de zile de spitalizare validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III (cod de secţie 1222.1 şi 1222.2), pneumoftiziolgie adulţi şi copii (cod de secţie 1301 şi 1302), psihiatrie cronici (cod de secţie 1333.1 şi 1333.2)
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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

1.2.a

Secţia /compartimentul*)	Nr. cazuri externate şi raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate şi validate**)		Nr. cazuri externate raportate şi nevalidate
		Fără cazuri reinternate şi transferate	Cazuri reinternate şi transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5=C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

*) Secţii/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.
**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
***) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021;

1.2.b

Secţia /compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate şi raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110 , art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III (cod de secţie 1222.1 şi 1222.2), pneumoftiziolgie adulţi şi copii (cod de secţie 1301 şi 1302), psihiatrie cronici (cod de secţie 1333.1 1333.2)
**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

1.3.a

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

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

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

***) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

1.3.b

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

*) În cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III (cod de secţie 1222.1 şi 1222.2), pneumoftiziolgie adulţi şi copii (cod de secţie 1301 şi 1302), psihiatrie cronici (cod de secţie 1333.1 1333.2).

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.4.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

Secția /compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate şi raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

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

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.4.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secţia /compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate şi raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

*) Secţia/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată /avizată de MS.
**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.4.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Secţia /compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate şi raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

*) Secţia/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată /avizată de MS.
**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

Anexa nr. 3-d

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate şi validate **)	Durata de spitalizare*1)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate***)	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie /compartiment, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2xC3xC5 sau C6=C4xC5
TOTAL SPITAL					

*) Secţii/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.
**) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 raportul 1.1 din anexa 3-c.
***) Se completează cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III (cod de secţie 1222.1 şi 1222.2), pneumoftiziolgie adulţi şi copii (cod de secţie 1301 şi 1302), psihiatrie cronici (cod de secţie 1333.1 1333.2)
****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021;
*1) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.
Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

1.2.a.

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate şi validate, în limita sumei contractate*1)		Durata de spitalizare*2)	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie /compartiment, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate şi transferate	Cazuri reinternate şi transferate			
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2xC4xC5 + C3xC4xC5xl0%.
TOTAL SPITAL					

*) Secţii/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.
**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021;
*1) Coloana C2 </= coloana C3 din tabelul 1.2.a din anexa 3 - c. Coloana C3 </= coloana C4 din tabelul 1.2.a din anexa 3 - c.
*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate şi validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate şi validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

1.2.b.

Secţia/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate şi validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie /compartiment, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110 , art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările

dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III (cod de secţie 1222.1 şi 1222.2), pneumoftiziolgie adulţi şi copii (cod de secţie 1301 şi 1302), psihiatrie cronici (cod de secţie 1333.1 1333.2)

**) Coloana C2 </= coloana C3 din tabelul 1.2.b din anexa 3 - c.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021, din care se scade suma din coloana C6 din raportul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.	Suma rămasă de plată pentru luna curentă .....

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

1.3.a.

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate şi validate, în limita sumei contractate*1)			Durata de spitalizare*2)	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie /compartiment contractat	Suma realizată**)
	Nr. cazuri externate, raportate şi validate (fără reinternate şi transferate)	Nr. cazuri externate, raportate şi validate reinternate şi transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate şi validate reinternate şi transferate fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=(C2+C3) xC5xC6 +C4xC5xC6x10%
TOTAL SPITAL				X	X	

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

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

*1) Coloana C2 + coloana C3 + coloana C4 </= coloana C3 + coloana C4 + coloana C5 din tabelul 1.3.a din anexa 3 - c.

*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate şi validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate şi validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

1.3.b.

Secţia/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate şi validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie /compartiment contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

*) În cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110 , art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III (cod de secţie 1222.1 şi 1222.2), pneumoftiziolgie adulţi şi copii (cod de secţie 1301 şi 1302), psihiatrie cronici (cod de secţie 1333.1 1333.2)

**) Coloana C2 </= coloana C3 din tabelul 1.3.b din anexa 3 - c.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.4.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

Secţia/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate şi validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie /compartiment contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

*) Secţia/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată /avizată de MS.
**) Coloana C2 </= coloana C2 din tabelul 1.4.1 din anexa 3 - c.
***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.4.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU LUNA .....

Secţia/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Secţia/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată /avizată de MS.
**) Coloana C2 </= coloana C2 din tabelul 1.4.2 din anexa 3 - c.
***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.4.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,PENTRU TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Secţia/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate şi validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Secţia/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată /avizată de MS.
**) Coloana C2 </= coloana C2 din tabelul 1.4.3 din anexa 3 - c.
***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Anexa nr. 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate şi raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate şi validate **)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) Secţii/Compartimente de acuţi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.
**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.
NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.2.1. DESFĂŞURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observaţie Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secţia/ compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL		x	x	

În coloanele CI - C5 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate,raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării, pentru cazurile externate şi raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

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

– "0" pentru cazul nevalidat;

– "1" pentru cazul externat validat

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

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

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observaţie Clinică Generală = Nr. cazuri externate şi raportate la CAS.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate şi validate**)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate şi transferate	Nr. cazuri externate, reinternate şi transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5=C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

*) Secţii/Compartimente de acuţi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

***) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.1. DESFĂŞURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observaţie Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secţia/ compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL		X	X	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate,raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la 1 iulie 2021 şi până la sfârşitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)
**) Tipul de caz externat şi raportat la CAS, se completează după caz, astfel:
– "0" pentru cazul nevalidat;
– "1" pentru cazul externat validat
– "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021;
– "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
– "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
– "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.
***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observaţie Clinică Generală = Nr. cazuri externate şi raportate la CAS.
NOTĂ: Desfăşurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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

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

*) Secţii/Compartimente de acuţi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.
**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
***) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

Anexa nr. 3-f

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

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

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Secţii/Compartimente de acuţi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.
**) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-e.
***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.
Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

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

Secţia/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate şi validate, în limita sumei contractate *1)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate şi transferate	Cazuri reinternate şi transferate		
C1	C2	C3	C4	C5= C2xC4+ C3xC4x10%
TOTAL SPITAL				

*) Secţii/Compartimente de acuţi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.
*1) Coloana C2 </= coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e. Coloana C3 </= coloana C4 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e.
**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferenţa dintre suma realizată din col. C5 şi suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-f corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.
Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.3.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informaţii corespunzătoare cazurilor externate, raportate şi validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul

Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022
*) Se ordonează cronologic în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la 1 iulie 2021 şi până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)
**) Tipul de caz externat, raportat şi validat se completează după caz, astfel:
– "1" pentru cazul externat validat
– "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021;
– "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observaţie Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;
****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:
cu cifra "1" conform formulei : C7=C6;
cu cifra "2" conform formulei : C7=C6;
cu cifra "3" conform formulei: C7=C6x10%;
Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021;
Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.
Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....
1.3.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

*) Secţii/Compartimente de acuţi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.
*1) Coloana C2 </= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 </= coloana C4 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C4 </= coloana C5 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e.
**) Conform art. 96 alin. (3) şi (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;
***) Suma realizată se calculează conform formulei C6 =[(C2+C3)xC5 +C4xC5x10%]
Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1.068/627/2021;

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Anexa nr. 3-g

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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

Date de identificare al cazului externat invalidat *)				Motivul invalidării	
Secţia/ compartimentul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observaţie Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS /CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

La data de 18-11-2022 Tabelul din anexa nr. 3-g a fost modificat de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022, prin înlocuirea acronimului „SNSPMPDSB“ cu „INMSS“.

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

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

Anexa nr. 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1.A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

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

*) Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate şi validate**)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate şi nevalidate

C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	X			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1.C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA .... ANUL .....

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unităţile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

La data de 21-10-2022 Punctul 2. din Nota de la Punctul 1.1.C. , Anexa nr. 3-h a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

La data de 29-04-2022 Nota de la Punctul 1.1.C. din Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 22, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1.D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA .... ANUL ....

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 şi B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-04-2022 Nota *) de sub tabelul de la Punctul 1.1 E. din Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 23, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

La data de 26-01-2022 Anexa nr. 3-h a fost completată de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 79 din 26 ianuarie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.2.A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA .... ANUL ....

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

*) Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.2.B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA .... ANUL ....

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.2.C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA .... ANUL ....

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unităţile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

La data de 21-10-2022 Punctul 2. din Nota de la Punctul 1.2.C. , Anexa nr. 3-h a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

La data de 29-04-2022 Nota de la Punctul 1.2.C. din Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 24, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.2.D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL ....

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 şi B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

1.2 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-04-2022 Nota *) de sub tabelul de la Punctul 1.2 E. din Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 25, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

**) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.
La data de 26-01-2022 Anexa nr. 3-h a fost completată de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 79 din 26 ianuarie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL ....

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

*) Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL ....

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE .... ANUL .....

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unităţile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

La data de 21-10-2022 Punctul 2. , Nota de la Punctul 1.3.C. , Anexa nr. 3-h a fost modificat de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

La data de 29-04-2022 Nota de la Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 26, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3.D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL ....

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 şi B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.3 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-04-2022 Nota *) de sub tabelul de la Punctul 1.3 E. din Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 27, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

**) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere şi confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

La data de 26-01-2022 Anexa nr. 3-h a fost completată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 79 din 26 ianuarie 2022

Anexa nr. 3-i

Judeţul .....
Localitatea .....
Furnizor de servicii medicale .....

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL ....

A. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecţiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	X			

*) Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/cnas nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 A din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021.

B. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4

TOTAL SPITAL	X		X	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 B din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021.

C. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unităţile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 21-10-2022 Nota de la Litera C. din Punctul 1.1. , Anexa nr. 3-i a fost modificată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 C din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021.

D. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 şi B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 D din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS /CNAS nr. 1068/627/2021.

E. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-04-2022 Nota *) de sub tabelul de la litera E. din Anexa nr. 3-h a fost modificată de Punctul 29, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă /calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

La data de 26-01-2022 Punctul 1.1. din Anexa nr. 3-i a fost completat de Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 79 din 26 ianuarie 2022

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Raportul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA .... ANUL ....

A. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecţiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

*) Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 A din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

B. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 B din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h), punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

C. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unităţile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 21-10-2022 Nota de la Litera C. din Punctul 1.2. , Anexa nr. 3-i a fost modificată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 C din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

D. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	S u m a realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 şi B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2D din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021, din care se scade suma (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

E. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	S u m a realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-04-2022 Nota *) de la Litera E. din Punctul 1.2. , Anexa nr. 3-i a fost modificată de Punctul 31, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă /calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

La data de 26-01-2022 Punctul 1.2. din Anexa nr. 3-i a fost completat de Punctul 5, Articolul I din ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 79 din 26 ianuarie 2022

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....

NOTĂ: Raportul se întocmeşte lunar şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Judeţul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

A. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecţiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

*) Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 A din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. h), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

B. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 B din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

C. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unităţile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 21-10-2022 Nota de la Litera C. din Punctul 1.3. , Anexa nr. 3-i a fost modificată de Punctul 3, Articolul I din ORDINUL nr. 869 din 11 octombrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1029 din 21 octombrie 2022

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 C din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

D. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 şi B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/6272021.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 D din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

E. SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate şi validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 51 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-04-2022 Nota *) de la Litera E. din Punctul 1.3. , Anexa nr. 3-i a fost modificată de Punctul 33, Articolul I din ORDINUL nr. 235 din 21 aprilie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 414 din 29 aprilie 2022

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

La data de 26-01-2022 Punctul 1.3. din Anexa nr. 3-i a fost completat de Punctul 6, Articolul I din ORDINUL nr. 45 din 20 ianuarie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 79 din 26 ianuarie 2022

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....

NOTĂ: Raportul se întocmeşte trimestrial şi se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Anexa nr. 3-j

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat *)				Motivul invalidării	
Cod de identificare a cazului externat	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fişei de spitalizare de zi	Tip fişă (caz /serviciu)	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS /CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

La data de 18-11-2022 Tabelul din anexa nr. 3-j a fost modificat de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022, prin înlocuirea acronimului „SNSPMPDSB“ cu „INMSS“.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

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

Anexa nr. 3-k

INSTITUTUL NAȚIONAL DE MANAGEMENT AL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

RAPORT PRIVIND NUMĂRUL ZILELOR DE SPITALIZARE PESTE MEDIANA
FIECĂREI GRUPE DRG ÎN SECŢIA/COMPARTIMENTUL DE TERAPIE INTENSIVĂ
A SPITALULUI ..... ÎN TRIMESTRUL ..... ANUL ....

Nr. crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)*1)	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A)*1)	Grupa de diagnostic*1)	Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secţia /compartimentul de TI a spitalului*)

Formularele se transmit de la Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS) către spital şi casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

*1) Conform Anexei nr. 23 B I şi II la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021;

*) Reprezintă diferenţa dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic şi mediana aferentă aceleiaşi grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B I şi II la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

INSTITUTUL NAȚIONAL DE MANAGEMENT AL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE
DIRECTOR GENERAL

La data de 18-11-2022 sintagma: Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti a fost înlocuită de Articolul I din ORDINUL nr. 923 din 4 noiembrie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1113 din 18 noiembrie 2022

Anexa nr. 4-a

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii medicale .....
.....	Localitatea .....
	Județul .....

DESFĂŞURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂŢI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA ...../TRIM. ...../ANUL .....

Tip autovehicul	Total km efectiv parcurși în mediul urban*)		Total km efectiv parcurși în mediul rural*)		Tarif pe km parcurs**)	Total sumă		Suma decontată***)
	Contractați	Efectiv parcurși	Contractați	Efectiv parcurși		Contractată	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C6x (C2+C4)	C8 = C6x (C3+C5)	C9 = C7 sau C8
TOTAL					X			

*) Numărul de km efectiv parcurşi în mediul urban/mediul rural cuprinde şi kilometrii parcurşi aferenţi consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.
**) Se stabileşte în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 şi art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
***) Casele de asigurari de sănătate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 4-a se întocmeşte lunar şi se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 4-b

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii medicale .....
.....	Localitatea .....
	Județul .....

DESFĂŞURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂŢI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA ...../TRIM. ...../ANUL .....

Tip ambarcațiune	Total mile*)		Tarif pe milă marină**)	Total sumă		Suma decontată***)
	Contractate	Efectiv parcurse		Contractată	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4	C6 = C3 x C4	C7 = (C5 sau C6)
	x			x		
	x			x		
	x			x		
	x			x		
TOTAL			x			

*) Numărul de mile cuprinde şi milele marine aferente consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

**) Se stabileşte în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 şi art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
***) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătorul din Anexa 4-b se întocmeşte lunar şi se transmite în format electronic (cu semnătură electronica extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 4-c

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii medicale .....
.....	Localitatea .....
	Județul .....

1.1. DESFĂŞURĂTOR AL CONSULTAŢIILOR DE URGENŢĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂŢI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE
Luna/Trim ..... ANUL .....

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție /transport pe apă pentru consultații de urgență la domiciliu	Tip serviciu- consultație de urgență la domiciliu conform lit. A pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068 /627/2021	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare*)	Total sumă		Suma decontată**)
			Contractat	Realizat		Contractată	Realizată**)	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C5	C7 = C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
Subtotal 1 – solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanență					x			
Subtotal 2 – solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din unitățile medicale specializate private					x			
TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2)					X			

*) Se stabileşte în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 şi art. 8 alin. (1) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.
**) Casele de asigurari de sanatate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021.

1.2. EVIDENŢA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE/NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL A SERVICIILOR - CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂŢILE MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE
Luna ...../Trim. ..... ANUL .....

Nr. crt.	Tip serviciu – consultație de urgență la domiciliu conform lit. A pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.068/627/2021	CNP/Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal*)	
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de bază	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale
C1	C2	C3	C4
TOTAL	X		

*) Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul/codul unic de asigurare din motive justificate se va completa cu 0000000000000 (Total col. C3 + total col. C4) din tab. 1.2 = total col. C3 din tab. 1.1 sau după caz cu total col. C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:

1. Desfăşurătoarele din Anexa 4-c se întocmesc lunar şi se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.
2. Desfăşurătoarele se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenţie/transport pe apă

Anexa nr. 5-a

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu .....
	Localitatea .....
	Județul .....

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU RECOMANDATE

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

C.R.C.E. Piatra Neamț

Nr. crt.	CNP asigurat/Cod unic de identificare Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, pe zi																													Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2																C3																C4	C5
1		(.....)																																	x
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1																																			
2		(.....)																																	x
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2																																			
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 + ...)																																			

C.T.P.F. Piatra Neamț

*) Conform anexei nr. 30A la Ordinul nr. 1.068/627/2021.
**) Conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31A la Ordinul nr. 1.068/627/2021

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
Desfăşurătorul din anexa 5-a se întocmeşte lunar şi se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexa nr. 5-b

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu .....
.....	Localitatea .....
	Județul .....

DESFĂŞURĂTORUL ASIGURAŢILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA
RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

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

C.J.P.I.M. Piatra Neamț

Nr. crt.	CNP/Număr de Cod unic de identificare/Număr de identificare personal asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafă medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu	Status de performanță ECOG*)	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu**)	Tarif***)/zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11=C9xC10
1										
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1									x	
2										
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2									x	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 + ...)									x	

CJAS E. Piatra Neamț

*) Se va completa "3" pentru status de performanţă ECOG 3, respectiv "4" pentru status de performanţă ECOG 4
**) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C9 din Anexa 5-b = subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-a
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C9 din Anexa 5-b = subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-a
TOTAL GENERAL, col. C9 din Anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a
***) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) şi art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021
****) Conform art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
Desfăşurătorul din anexa 5-b se întocmeşte lunar şi se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

Anexa nr. 5-c

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu .....
	Localitatea .....
	Judeţul .....

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE
LA DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

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

C.J.C.E. Piatra Neamţ

Nr. crt.	CNP asigurat/Cod unic de identificare Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi																													Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2																C3																C4	C5
1		(.....)																																	x
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1																																			
2		(.....)																																	x
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2																																			
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 + ...)																																			

O.T.P.I. Piatra Neamţ

*) Conform anexei nr. 30B la Ordinul nr. 1.068/627/2021.
**) Conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31B la Ordinul nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
Desfăşurătorul din anexa 5-a se întocmeşte lunar şi se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexa nr. 5-d

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu .....
.....	Localitatea .....
	Județul .....

DESFĂŞURĂTORUL ASIGURAŢILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

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

Nr. crt.	CNP/Număr de Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal asigurat	Medicul de familie/ specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafă medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile paliative la domiciliu conform planului de îngrijire paliativă*)	Tarif***) /zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
1									
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1								x	
2									
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2								x	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 + ...)								x	

*) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C8 din Anexa 5 d = subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-c
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5 d = subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-c
TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5 d *1) = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5 c
**) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2),art. 2 alin. (2) şi art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021.
***) Conform art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ:
Desfăşurătorul din anexa 5 d se întocmeşte lunar şi se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

Anexa nr. 5-e

Casa de asigurări de sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....

Judeţul .....

Borderou centralizator cuprinzând evidenţa numărului de recomandări pentru
îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de servicii
medicale de bază, efectuate la
recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din
ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor

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

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
	Secțiunea 1			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
	Secțiunea 2			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
	Secțiunea 3			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/ Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

**) Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

Anexa nr. 5-f

Casa de asigurări de sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Judeţul .....

Borderou centralizator cuprinzând evidenţa
numărului de recomandări pentru îngrijiri
paliative la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la
recomandarea medicilor de familie/medicilor de
specialitate din ambulatoriu/medicilor cu
competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din
ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor

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

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale

C1	C2	C3		C4
	Secțiunea 1			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	Secțiunea 2			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
	Secțiunea 3			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
	Secțiunea 4			
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal /Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienţii statelor membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/ Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

**) Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume şi prenume)

Anexa nr. 6-a

Casa de asigurări de sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Judeţul .....

1.1. DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE MEDICALĂ, MEDICINĂ FIZICĂ ŞI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ŞI SECŢII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE ŞI PREVENTORII

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

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare negociat*)	% decontat de CAS**)	Total sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC4xC5
1	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			65%	
				100%	
	TOTAL		X	X	

*) Se stabileşte conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021 .

**) Se stabileşte conform prevederilor art. 1 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627 /2021.

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 şi art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asiguraţi, conform art. 1 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

1.2. DESFĂŞURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ŞI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ŞI SECŢII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ...../LUNA ...../TRIM. ..... ANUL .....

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	%*) decontat de CAS
C1	C2	C3	C4
TOTAL			x

*) Se stabileşte conform prevederilor art. 1 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc lunar şi se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 6-b

Casa de asigurări de sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Judeţul .....

1.1. DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ŞI SECŢII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ŞI ÎN PREVENTORII PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ...../LUNA ...../TRIM. ..... ANUL .....

Nr. crt.	Secția	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare negociat*)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
	TOTAL		X	

*) Se stabileşte conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) şi alin. (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 şi art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

1.2. DESFĂŞURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ŞI SECŢII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ŞI ÎN PREVENTORII PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ...../LUNA ...../TRIM. ..... ANUL .....

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	TOTAL	

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume şi prenume)

NOTĂ: Desfăşurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc lunar şi se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa nr. 7

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	
.....	Reprezentantul legal al furnizorului
Localitate	.....
Judeţ	Medic de familie/
	.....
	(nume, prenume)
	CNP medic de familie/
	.....

MIŞCAREA LUNARĂ
A PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECŢIUNI CRONICE
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENŢĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL
MEDICULUI DE FAMILIE
ÎN LUNA ..... ANUL .....

La data de 31-01-2023 Titlul Anexei nr. 7 a fost modificat de Punctul 7, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023

I. Intrări în evidenţă/Ieşiri din evidenţă

Nr. Crt.	Cod numeric personal/Cod unic de identificare /Număr de identificare personal	Vârsta*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ***)					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					

2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

*) Se va menţiona vârsta împlinită a persoanei cu afecţiune cronică. Pentru asiguraţii 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

***) Cazurile nou depistate, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

II. Recapitulaţia persoanelor cu afecţiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 2				
TOTAL				

*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

NOTE:

1. În situaţia în care o persoană prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte.

2. Evidenţa cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate.

3. Formularele din anexa 7 se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
(nume şi prenume)

Validat de casa de asigurări de sănătate
.....
Data: .....

Anexa nr. 7 bis

Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitatea .....
Judeţul .....
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
Medic de familie,
.....
(numele şi prenumele)
CNP medic de familie,
.....

Mişcarea lunară a persoanelor neasigurate cu afecţiuni cronice pentru care se organizează evidenţă distinctă la nivelul medicului de familie în luna ..... anul .....

I. Intrări în evidenţă/Ieşiri din evidenţă

Nr. crt.	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare	Vârsta*)	Data intrării în evidenţa medicului de familie	Data ieşirii din evidenţa medicului de familie
Cazuri cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului, aflate în evidenţa medicului de familie				
1. HTA				
1.				
2.				
...				
2. Diabet zaharat tip II				
1.				
2.				
...				
3. Dislipidemie				
1.				
2.				
...				
4. Boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)				
1.				
2.				
...				
5. Astm bronşic				
1.				
2.				
...				
6. Boala cronică de rinichi				
1.				
2.				
...				
Cazurile nou-depistate pe parcursul derulării contractului pentru care se face management de caz**)				
1. HTA				
1.				
2.				
...				
2. Diabet zaharat tip II				
1.				
2.				
...				
3. Dislipidemie				
1.				
2.				
...				

4. Boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)				
1.				
2.				
...				
5. Astm bronşic				
1.				
2.				
...				
6. Boala cronică de rinichi				
1.				
2.				
...				

*) Se va menţiona vârsta împlinită a persoanei cu afecţiune cronică.

**) Cazurile nou-depistate, pentru care se face management de caz, se completează numai la litera B.

II. Recapitulaţia persoanelor neasigurate cu afecţiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecţiunilor cronice pentru care se organizează evidenţă distinctă la nivelul medicului de familie	Număr de persoane neasigurate cu afecţiuni cronice:			
	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii precedente	Intrări	Ieşiri	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii în curs
Cazuri cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidenţa medicului de familie				
1. HTA				
2. Diabet zaharat tip II				
3. Dislipidemie				
4. BPOC				
5. Astm bronşic				
6. Boală cronică de rinichi				
SUBTOTAL 1				
Cazurile nou depistate pe parcursul derulării contractului pentru care se face management de caz*)				
1. HTA				
2. Diabet zaharat tip II				
3. Dislipidemie				
4. BPOC				
5. Astm bronşic				
6. Boală cronică de rinichi				
SUBTOTAL 2				
TOTAL				

*) Cazurile nou-depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

NOTE:

1. În situaţia în care o persoană prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte.

2. Evidenţa cuprinde toate persoanele neasigurate care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate.

3. Formularele din prezenta anexă se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

(numele şi prenumele)

Validat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data: .....

La data de 31-01-2023 Actul a fost completat de Punctul 8, Articolul I din ORDINUL nr. 49 din 20 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 84 din 31 ianuarie 2023

Anexa nr. 8-a

Societatea Farmaceutică .....
Farmacia ..... adresa .....
Nr. Contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data.....

1.1. Borderou centralizator medicamente compensate şi gratuite în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul ..... care însoţeşte factura seria .... nr. ...../data .....

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie şi nr. prescrpţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. Card european	*) Nr. şi serie paşaport	Tip formular/ document European	**) Tip document	***) Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Su C se C3
	Nr.	data														
	2.1	2.2														
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
…																
…																
n																
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Subtotalul 1 - Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul 1.2 din Anexa 8-a)																
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.3. din Anexa 8-a)																
Subtotalul 3- Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.4. din Anexa 8-a)																
Subtotalul 4 - Valoarea compensată aferentă DCI - uri notate cu (**)^1 potrivit HG nr. 720 /2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 11-17 din tabelul 1. 5 din Anexa 8-a)																

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Total Coloana (12) = coloana (13) coloana (14) coloana (15) coloana (16) coloana (17) şi reprezintă suma pentru care s-a emis factura Coloana (14) nu conţine valoarea compensată a prescripţiilor pentru pensionari 0 - 1.608 lei La data de 27-01-2023 sintagma: pensionari 0-1.429 lei a fost înlocuită de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023

Coloanele (13)-(17) nu conţin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat.

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii

***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9)

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 diferit total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/ calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia.....

1.2. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru titularii de card european pentru luna ..... anul .....

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Ţara	Nr. card european	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare, din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data												
	2.1	2.2												
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
…														
….														
n														
Total	X	X	X	X	X	X	X							

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a
Coloanele (10) - (14) nu conţin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

1.3. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pentru luna ..... anul .....

lei															
Nr. Crt	Bon Fiscal		Serie și număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. şi serie paşaport	*) Tip document	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
…															
…															
n															
Total	X	X	X	X	X	X	X	X							

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.
Coloanele (11) - (15) nu conţin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum / cost-volum-rezultat.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

1.4. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru titularii de formulare europene pentru luna ..... anul .....

C.T. Farmacia Neamţ

Nr. Crt	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. Şi serie paşaport	Tip formular/ document European	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
…															
…															
n															
Total	X	X	X	X	X	X	X	X							

CJPCE Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) şi este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.
Coloanele (11) - (15) nu conţin valoarea compensată şi a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor,
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

1.5. Extras borderou centralizator DCI - uri notate cu (**)^1 potrivit H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare pentru luna ..... anul .....

C.T.C.E. Piatra Neamţ

Nr. Crt	Bon Fiscal		Serie şi număr prescri pţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. Şi serie paşaport	Tip formular European/ document	**) Tip document	***) Ţara	Valoare prescripţie	Valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr. 2.1.	data 2.2															
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
…																	
…																	
n																	
Total	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							

CJAS Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru Sublista C - secţiunea CI, respectiv pe fiecare DCI notat cu (**)^1 potrivit H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare pentru celelalte liste, după caz.
Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) şi este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.
Coloana (14) nu conţine valoarea compensată a prescripţiilor 0 - 1.608 lei.
La data de 27-01-2023 sintagma prescripţiilor: 0-1.429 lei a fost înlocuită de Punctul 2, Articolul I din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023
Coloanele (13) - (17) nu conţin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat.
*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9)
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9)
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

1.6. Borderou centralizator medicamente compensate şi gratuite în tratamentul ambulatoriu acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna ..... anul ..... care însoţeşte factura seria ..... nr. ...../data .....

C.J.C.P. Piatra Neamț

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. şi serie document (e) care a /au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripţie	Total valoare contribuţie personală	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			X	X	X	X	X								
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă DCI-urilor notate cu (**) ^1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare (Coloanele 8-15 sunt egale cu totalul de la col. 8-15 din tabelul 1.7 din prezenta anexă.)															

CJCPI Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) şi reprezintă suma pentru care s-a emis factura.
Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15)
Coloanele (11)-(15) nu conţin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat.
NOTĂ:
Borderoul centralizator se transmite în format electronic(cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(Numele și prenumele)

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.
La data de 18-03-2022 Anexa nr. 8-a a fost completată de Punctul 7, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

Societatea Farmaceutică .....
Farmacia ....., adresa .....
Nr. contract ..... CAS .....
Nr. ..... data .....

1.7. Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (**)^1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată , cu modificările şi completările ulterioare, acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna ..... anul .....

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. şi serie document (e) care a /au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Valoare prescripţie	Valoare contribuţie personală	Valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			X	X	X	X	X								

C.J.P.E. Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extrasul borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru sublista C - secţiunea C1, respectiv pe fiecare DCI notat cu (**)^1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru celelalte liste, după caz.
Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) şi este inclus în total coloana (10) din tabelul 1.6. din prezenta anexă.
Coloanele (11)-(15) nu conţin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat.
NOTĂ:
Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia.....
(Numele și prenumele)

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.
La data de 18-03-2022 Anexa nr. 8-a a fost completată de Punctul 7, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

Anexa nr. 8-b

Societatea Farmaceutică .....
Farmacia ..... adresa .....
Nr. Contract ..... CAS .....
Nr. ..... data .....

Borderou centralizator pensionari 0 - 1.608 lei
pentru luna ..... anul .....
care însoţeşte factura seria ..... nr. ..../data ....

La data de 27-01-2023 sintagma pensionari: 0-1.429 lei a fost înlocuită de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023

Nr. crt	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare sublista B, din care :	*) Valoare compensare CNAS 50%	*) Valoare compensare MS 40%
	Nr.	Data							
	2.1	2.2							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
....								X	X
....								X	X
n								X	X
Total	X	X	X	X	X				

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (7) = reprezintă suma pentru care s-a emis factura.
Coloanele (7) - (9) nu conţin valoarea compensată şi a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare DCI notat cu (**)^1 potrivit H.G. nr. 720 /2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, după caz.
*) Se completează numai total coloană.
Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

Anexa nr. 8-c

Societatea Farmaceutică .....
Farmacia ..... adresa .....
Nr. Contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

I. Borderou centralizator medicamente compensate şi gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul ..... care însoţeşte factura seria ..... nr. ...../data .....

-lei-

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. şi serie paşaport	Tip formular/ document European	**) Tip document	***) Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	S C se C
	Nr. 2.1	data 2.2														
1	2		3	4	5	6	7		9	10	11	12	13	14	15	16
...																
...																
n																
TOTAL	X	X	X	x	X	X	X	X	X	X						
Subtotal 1- Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul I.1. din Anexa 8-c)																
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul I.2. din Anexa 8-c)																
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul I.3. din Anexa 8-c)																

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.
Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) +coloana (16) + coloana (17) şi reprezintă suma pentru care s-a emis factura.
*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9).
Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit total coloana 12
Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.
Nota 3: Coloana (14) nu conţine valoarea compensată a prescripţiilor pentru pensionari 0 - 1.608 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost- volum-rezultat.
La data de 27-01-2023 sintagma pensionari: 0-1.429 lei a fost înlocuită de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

I.1. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Ţara	Nr. card european	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr. 2.1	data 2.2.												
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Total	X	X	X	X	X	X	X							

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

I.2. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

lei															
Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. şi serie paşaport	*) Tip document	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare, din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	X	X	X	X	X	X	X	X							

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) +coloana (14) +coloana (15) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I. din Anexa 8-c.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.
*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

I.3. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru titularii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna .... anul .....

Nr. crt	Bon Fiscal		Serie şi număr prescri pţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. şi serie paşaport	Tip formular/ document European	Ţara	Total valoare prescriptie	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7		9	10	11	12	13	14	15
Total	X	X	X	X	X	X	X	X							

C.J.C.E. Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct I. din Anexa 8-c.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

II. Borderou centralizator medicamente compensate şi gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul ....

-lei-

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. şi serie paşaport	Tip formular/ document European	**) Tip document	***) Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sub C sec C3
	Nr.	data														
	2.1	2.2														
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
…																
…																
n																
Total	1X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Subtotal 1- Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul II.1. din Anexa 8-c)																
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul II.2 din Anexa 8-c)																
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă reţetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul II.3 din Anexa 8-c)																

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.
Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) +coloana (16) + coloana (17).
*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9)
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9)
Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit total coloana 12
Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.
Nota 3: Coloana (14) nu conţine valoarea compensată a prescripţiilor pentru pensionari 0 - 1.608 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost- volum-rezultat.
La data de 27-01-2023 sintagma: pensionari 0-1.429 lei a fost înlocuită de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

II.1. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna .... anul .....

Lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Ţara	Nr. card european	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B			Sublista D
	Nr.	data												

	2.1	2.2.										Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	
1	2		3	4	5	6	7	5	9	10	11	12	13	14
Total	X	X	X	X	X	X	X							

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.
Nota: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

II.2. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

lei															
Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripţie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. şi serie paşaport	*) Tip document	Ţara	Total valoare prescriptie	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Total	X	X	X	X	X	X	X	X							

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) +coloana (14) +coloana (15) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.
*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

II.3. Extras borderou centralizator reţete eliberate pentru titularii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna .... anul .....

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. şi serie paşaport	Tip formular/ document European	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare, din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Total	X	X	X	X	X	X	X	X							

C.J.A.S.P. Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) şi este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.
Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

III. Borderou centralizator pensionari 0 - 1.608 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat, pentru luna ..... anul ....., care însoţeşte factura seria nr. ...../data .....
La data de 27-01-2023 sintagma: pensionari 0-1.429 lei a fost înlocuită de Punctul 1, Articolul I din ORDINUL nr. 3 din 4 ianuarie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 73 din 27 ianuarie 2023

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Total valoare prescripţie	Total valoare compensare sublista B, din care :	*) Valoare compensare CNAS 50%	*) Valoare compensare MS 40%
	Nr.	data							
	2.1.	2.2							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
....								X	X
....								X	X
....								X	X
n								X	X
Total	X	x	X	X	X	X			

*) Se completează numai total coloană.
Prescripţiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (7) reprezintă suma pentru care s-a emis factura.
Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(nume şi prenume)

Societatea Farmaceutică .....
Farmacia ....., adresa .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

IV. Borderou centralizator medicamente compensate şi gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna ..... anul ....., care însoţeşte factura seria ..... nr. ...../data .....

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. şi serie document (e) care a /au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripţie	Total valoare contribuţie personală	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			X	X	X	X	X								

C.J.A.S.P. Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.
Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) şi reprezintă suma pentru care s-a emis factura.
Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).
NOTĂ:
Boderoul cetralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....
(Numele și prenumele)

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.
La data de 18-03-2022 Anexa nr. 8-c a fost completată de Punctul 8, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

Societatea Farmaceutică .....
Farmacia ....., adresa .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

V. Borderou centralizator medicamente compensate şi gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna ..... anul .....

c.r. Biblioteca Neamț

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi număr prescripţie	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. şi serie document (e) care a /au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripţie	Total valoare contribuţie personală	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secţiunea C1	Sublista C secţiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			X	X	X	X	X								

C.J.A.S.P. Piatra Neamţ

Prescripţiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.
Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

NOTĂ:

Boderoul cetralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....

(Numele și prenumele)

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 18-03-2022 Anexa nr. 8-c a fost completată de Punctul 8, Articolul I din ORDINUL nr. 157 din 15 martie 2022, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 267 din 18 martie 2022

Primăria Piatra Neamț