

Ordinul 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special

Ordinul 881/2018 din 2018.04.26

Status: Acte în vigoare

Versiune de la: 2 septembrie 2019

Ordinul 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special

Data act: 23-apr-2018

Emitent: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC 335 din 23.04.2018,

în temeiul prevederilor:

- art. 189 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019;

- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2018-2019;

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(10) Furnizorii care au semnătură electronică extinsă transmit factura și formularele prevăzute la alin. (1)-(8) numai în format electronic, fără a fi necesară semnătura olografă a reprezentantului legal al furnizorului.

Art. 2

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

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

Art. 3

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

Art. 4

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

a) asigurați;

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

c) pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune aduse propriei persoane din culpă;

d) pentru persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019;

e) pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 140/2018.

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

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

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

c) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor

informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate; se vor atașa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate;

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

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

Art. 5

La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 296/2017 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 305 și 305 bis din 28 aprilie 2017, cu modificările ulterioare.

Art. 6

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

Art. 7

(1)Prevederile prezentului ordin se aplică pentru raportarea serviciilor medicale, respectiv a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, începând cu raportarea activității lunii aprilie 2018.

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

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Răzvan Teohari Vulcănescu

Anexa nr. 1^a:

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

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

Grupa de vârstă*)

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

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

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

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

Grupa de vârstă..... *)

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

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a)

pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

**III.LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/
SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ,
BENEFICIARI AI FORMULARELOR/ DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN
BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI
EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND
COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ**

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/document european (E106, E109, E112, E120, E121/S1)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană competent	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1								
2								
...								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

IV.NOTĂ:

1.Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar și 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 veniți cât și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

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

și/sau

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

2.Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3.Formularele I și III din anexa 1-a se întocmesc lunar și 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 adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Formularele I și 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 adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis), indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie.

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

Anexa nr. 1^b:CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

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	102	

săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.		
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	
Studenti-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	104	
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	105*)	
Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	106	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și 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 și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare,	107.2	
Persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și 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,	108	

pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.		
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 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 și 117 Cod fiscal	211	
Persoane prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din O.U.G. nr.	212	

158/2005		
Persoane preluate în plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale de catre 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	301	

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		
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, respectiv persoanele care se află în perioada de amânare sau 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	305	

beneficiază de ajutor social potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare		
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	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/	402	

documentelor europene (E109/S1)		
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E120/S1)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E121/S1)	404	
Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E106/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E109/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E120/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene/ documentelor europene (E121/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	
Pacienți din Quebec, beneficiari ai formularelor QUE/ROU 106	409	
Pacienți din Turcia,	410	

beneficiari ai formularelor TR/R 3		
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	

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

Anexa nr. 1^c:

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

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumel	Cod numeric personal/	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
----------	--------------------	-----------------------	---------------------	---------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------

	e asiguratul ui	Cod unic de identifica re			face parte asiguratul **)		
1.							
2.							
...							

B.Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - total din care:				
- copii încredințați sau dați în plasament				
4 - 59 ani - total din care:				
- copii încredințați sau dați în plasament				
- pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și				

asistență				
- persoane private de libertate aflate în custodia statului				
60 ani și peste - total din care:				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
- persoane private de libertate aflate în custodia statului				
TOTAL				

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

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

PARTEA II: DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNAANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

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

1.						
2.						

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

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

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

.....

A.Intrări/Ieșiri în/din listă

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

B.Recapitulația persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului

**(CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004
privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de
familie**

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

PARTEA IV:NOTĂ:

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

*) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

**1. Formularele din anexa 1-c se întocmesc lunar și 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 asistența medicală primară.

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar și 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 adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală

primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis). Formularele de la pct. I și 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 adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis).

ANEXA nr. 1^d:

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

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

PARTEA I: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 = 2 x 3
1.	0-3 ani		***)	
2.	0-3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/docu mentelor europene)			
3.	0-3 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
4.	4-59 ani		****)	
5.	4-59 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/			

	Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
6.	4-59 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
7.	4-59 ani (pensionari de invaliditate - care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)			
8.	4-59 ani (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
9.	4-59 ani (persoane private de libertate aflate în custodia statului)			
10.	60 ani și peste		*****)	
11.	60 ani și peste (persoane din statele membre UE/SEE/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
12.	60 ani și peste (persoane			

	instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
13.	60 ani și peste (persoane private de libertate aflate în custodia statului)			
	TOTAL	X		

*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenției 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" (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2 și 3

****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "4-59 ani" (de la col. 3 rândul 4) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 5, 6, 7, 8 și 9 *****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" (de la col. 3 rândul 10) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 11, 12 și 13

PARTEA I': Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II. _

a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, plata

per capita se realizează după cum urmează:

- a¹) Dacă total col. 4 este cuprins între 18.701 - 22.000:

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

- a²) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001- 26.000:

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

- a³) Dacă total col. 4 este peste 26.000:

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

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

- b¹) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

- b²) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

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

- b³) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

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

- b⁴) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

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

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței

medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018, se calculează după cum urmează:

- c¹) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

- c²) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

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

- c³) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

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

- c⁴) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

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

III. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 11 de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare:

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

IV. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 13 alin. (3) - (6) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018:

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.

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

Număr	din care:	Condiții în	Condiții în	Majorarea/	Total număr
-------	-----------	-------------	-------------	------------	-------------

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

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

PARTEA III:3. Recapitulare punctaj pentru persoane asigurate înscrise pe listă în funcție de perioada de activitate

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

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

PARTEA IV: _

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

a)_

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
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. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice * ³⁾			
3. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁴⁾	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			

a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) *5)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *6)	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*7):	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.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *8)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *8)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*9)			
C. Consultații la domiciliul	X	X	X

asiguraților* ¹⁰)			
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical			

constatator al decesului* ¹¹⁾)			
6. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC* ¹²⁾			
7. Confirmare caz oncologic* ¹³⁾			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

b)Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*11) conform lit. B - NOTA 2 de la punctul 1 subpunctul 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*13) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

c)NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 4.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru

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

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

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ 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/asi- gurat 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. contractul ui 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 și diabet zaharat tip 2

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018; 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

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

a)_

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* 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. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a* ⁴⁾ .			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9- a inclusiv			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;			
D. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	X	X	X
a) consilierea persoanei privind planificarea familială			
b) indicarea unei metode contraceptive			
E. Serviciile de prevenție* ⁶⁾	X	X	X
Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe			

majore în morbiditate și mortalitate			
F. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificat medical constatator de deces*7)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

b) Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*2) Conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare;

*4) conform lit. A, punctul 1 subpct. 1.3 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*5) conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.4.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*6) conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*7) conform lit. A - NOTA de la punctul 1 subpct. 1.6 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

PARTEA VI:6. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în

perioada de valabilitate a cardului) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană:

a)_

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte ^{1*)} pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
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			
TOTAL	X		

b)Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*2) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

PARTEA VII: 7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit.

A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018):

a)_

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1*) pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte

1	2	3	4 = 2 x 3
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		

b)Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*2) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare;

c)NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare,

serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

PARTEA VIII: _

8.1.Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

a)_

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* 1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
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) consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultație în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultație în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice *3)			
3. Management de	X	X	X

caz:			
a) evaluarea inițială a cazului nou *4)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) *5)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *6)	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*7):	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.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani -			

persoane asimptomatice)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*8)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*9)			
C. Consultații la domiciliul asiguraților*10)	X	X	X
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice			

incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului* ¹¹⁾			
6. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC* ¹²⁾			
7. Confirmare caz oncologic* ¹³⁾			
TOTAL PACHET	X		

b)Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul 397/836/2018.

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*11) conform lit. B - NOTA 2 de la punctul 1 subpunctul 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*13) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

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

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal /Cod unic de identificare	Tipul de formular /document european (E106, E109, E112, E120, E121/S1)	Statul membru UE/SEE /Confederația Elvețiană, competent	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct.	Nr. Puncte/a sigurat 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 scrisoară
----------	-------------------	--	--	---	---	---	--	------------------------------------	--

					a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 8.1*1)				a medical ă)
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 și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018 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

PARTEA IX: _

9.1.Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistenta medicala primara de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018):

a)_

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
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) consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultație în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultație în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice* ³⁾ :			
3. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁴⁾	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie			

obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi) *5)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani)*6)	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			

1) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*7):	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.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic			
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*8)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*8)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*9)			
C. CONSULTAȚII	X	X	X

LA DOMICILIUL ASIGURATIILOR *10			
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
A1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea			

certificatului medical constatator al decesului* ¹¹⁾			
6. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC* ¹²⁾			
7. Confirmare caz oncologic* ¹³⁾			
TOTAL PACHET	X		

b)Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*11) conform lit. B - NOTA 2 de la punctul 1 subpunctul 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*13) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

c)NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru

fiecare număr de identificare personal/ cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

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

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Statul cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 9.1*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 și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018 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

PARTEA X:

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

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

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

PARTEA XII:

NOTĂ: Desfășurătoarele 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 asistența medicală primară.

ANEXA nr. 1^e:

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

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

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

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

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

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

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

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

****) Se va trece totalul general puncte pe serviciu din col. 3 din tabelul de la punctul 11 din anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor	
PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,	
DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE	DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE
	Întocmit,

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA nr. 1^f:

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr zile lucrate	Venit lunar *)	Suma necesară pentru chelt. de administrare și funcționare 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 H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2018-2019.

**) Conform art. 15 lit. b) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor	
PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,	
DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE	DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE
	Întocmit,

NOTĂ:

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

ANEXA nr. 1^g:

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

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

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

Luna	Număr medici	Sumă aferentă unei listă echilibrată de 800 de asigurați *)	Sume necesare pentru cheltuieli de administrare și funcționare 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 asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6.937 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, conform art. 6 pct. 2 lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

***) Conform art. 15 lit. b) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018 și conform art. 6 pct. 2 lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz).

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor	
PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,	
DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE	DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE
	Întocmit,

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA nr. 1^h:

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

DESFĂȘURĂTORUL ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE NOU VENIT*) LUNA ANUL

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

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 6 luni au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 15 din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 1-h se întocmește lunar și 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 convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ANEXA nr. 1ⁱ:

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

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"
LUNA ANUL

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

Denumirea serviciului medical*)	Persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		Beneficiari ai formularelor/ documentelor europene	
	Număr servicii medicale	Nr. CNP-uri beneficiare/ Coduri unice de identificare	Număr servicii medicale	Nr. Coduri unice de identificare - beneficiare/ numere de identificare personale
I. SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"				
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală				
2. Supraveghere				

<p>2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie</p>				
<p>3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:</p>	x	x	x	x
<p>a) consilierea femeii privind planificarea familială;</p>				
<p>b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.</p>				

4. Activități de suport - eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de concediu medical;				
b) bilete de trimitere;				
c) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;				
d) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;				
e) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate - eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor și numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ, conform Ordinului ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului				

<p>sănătății nr. 5298/1668/2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acredit ate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, cu modificările și completările ulterioare;</p>				
<p>f) prescripții medicale</p>				
<p>g) avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5298/1668/2011, cu modificările și completările ulterioare;</p>				

<p>h) fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe</p>				
--	--	--	--	--

educaționale speciale;				
i) adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază.				
5. Servicii de administrare de medicamente - administrarea de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, pentru medicamentele recomandate de către medicii de familie ca urmare a actului medical propriu.				
II. CONSULTAȚIIL E prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 de la litera B din Anexa 1 la Ordinul nr. 397/836/2018 care depășesc limitele prevăzute la art. 1 alin. (3) lit. b) din Anexa 2 la același ordin, respectiv:	x	x	x	x
A. Servicii				

medicale curative				
1. Consultația în caz de boală:				
a) consultație pentru afecțiuni acute				
b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,				
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X	X	X
1. urgență				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
4. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului				

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-i se întocmește lunar și 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 asistența medicală primară.

ANEXA nr. 1j:

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

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

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

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

prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-j se întocmește lunar și 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 asistența medicală primară.

ANEXA nr. 2^a:

(1)_

Casa de asigurări de sănătate Furnizorul de servicii medicale Localitatea Județul	Reprezentantul legal al furnizorului Medic de specialitate/competență/atestat (nume prenume) CNP medic de specialitate
--	--

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

ANUL

a)Tabel. 1.1. - a)

Nr. crt.	Specialitatea/competență/atestat de studii complementare *)	Număr consultații/ servicii pe zi					Total Consultații/ servicii diagnostice și terapeutice	Nr. puncte* *) pe tip de: consultație/serviciu diagnostic și terapeutic	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
.....								
.....								
.....								

	<p>țiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz):</p>								
3.	<p>Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice - consultații acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru</p>							x	

	consulta ție în cadrul manege mentulu i de caz:								
3.1.	HTA, dislipide mie și diabet zaharat tip 2						x	x	x
3.2.	boli respirato rii cronice: astm bronșic și boala cronică respirato rie obstructi vă (BPOC)						x	x	x
3.3.	boala cronică de rinichi						x	x	x
4.	Consult ație medical ă de specialit ate							x	

	pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală:								
5.	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspicios și confirmat):							x	
6.	Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială							x	
7.	Consult							x	

11.	Procedu ri terapeuti ce/trata mente chirurgi cale simple:							x	
12.	Procedu ri terapeuti ce/trata mente chirurgi cale complex e:							x	
13.	Procedu ri terapeuti ce/trata mente medical e simple:							x	
14.	Procedu ri terapeuti ce/trata mente medical e de complex itate medie:							x	

15.	Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe:							x	
16.	Tratamente ortopedice medicale:							x	
17.	Terapii psihiatrice:							x	
18.	Terapii genetică medicală:							x	
19.	Consultații**) pentru acordare a serviciilor de supraveghere a							x	

20.	Servicii de sănătate conexe:							x	
	TOTAL GENERAL							x	

*) sunt cele prevăzute la litera B punctele 2 și 7 din anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018;

**) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 subpct. 1.1. - 1.6 și pct. 4. din Anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018;

Tipurile de servicii diagnostice și terapeutice (procedurile diagnostice și terapeutice) și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 în tabelul de la subpct. 1.7 din anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018;

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pctul 1, subpct. 1.8. din Anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018;

Tipurile de consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și leuziei și punctajele aferente sunt cele prevăzute la lit. B pct. 1 subpct. 1.9 și pct. 4. din anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

 (nume și prenume)

b) 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 deține documente medicale care să		***)	

	ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)		***)	
3.	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile)		***)	
4	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)		***)	
5	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)		***)	
6	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)		***)	
7	Depistarea precoce a leziunilor		***)	

	precanceroase ale sânelui			
8	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui 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		***)	
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. 397/836/2018.

**) 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

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

c)NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-a - tab. 1.1 a) și 1.1 b) se întocmesc lunar și 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.

(2)_

Casa de asigurări de sănătate Furnizorul de servicii medicale Localitatea Județul	Reprezentantul legal al furnizorului Medic de specialitate/competență/atestat (nume prenume) CNP medic de specialitate
--	--

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

LUNA ANUL

a) Tabelul 1.2. a)

Nr crt.	C / Nu mă r de mă r de ide nti	Nu mă r de regi str are în	Pachetul de servicii medicale de bază *)																			
			Nr	Nr	Consultații medicale	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr		
			co	co	de	co	co	co	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	pr	tra	ter	ter	Nr.	Nr
			ns	ns	specialitat	ns	ns	ns	oc	oc	oc	oc	oc	oc	oc	oc	oc	ta	api	api	pentru	ser
			ult	ult	e pentru	ult	ult	ult	ed	ed	ed	ed	ed	ed	ed	ed	ed	me	i	i	acorda	ii
			ații	ații	asigurații	ații	ații	ații	uri	uri	uri	uri	uri	uri	uri	uri	uri	nte	psi	ge	rea	de
			me	me	cu	me	me	pe	dia	dia	dia	ter	ter	ter	ter	ter	ter	ort	hia	net	servici	să
			dic	dic	afecțiuni	dic	dic	ntr	gn	gn	gn	ap	ap	ap	ap	ap	ap	op	tri	ică	ilor de	năt

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.a" din tab. 1.1

Total col. C24 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "18.b." din tab. 1.1

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

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

b) Tabelul 1.2.b)

Nr. Crt	Denumire Serviciu Medical *)	CNP/Număr de identificare personal/Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență 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 deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei,			

	toxoplasmozei, infecției CMV			
2	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV			
3	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile)			
4	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)			
5	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)			
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 sânelui cu suspiciune identificată mamografic			
9	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
10	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
11	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
x	TOTAL			

*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

 (nume și prenume)

c)NOTĂ:

1.Desfășurătoarele din Anexa 2-a (continuare) - tab. 1.2-a) și 1.2. b se întocmesc lunar și 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.Desfășurătoarele din Anexa 2-a - de la pct. 1.1 și 1.2 se completează distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții

	medical ă pentru situații de urgentă medico- chirurgi cală								
2.	- consulta ție medical ă pentru depistar ea bolilor cu potențial endemo- epidemi c (caz suspicio nat și confirm at)								
3.	- consulta ții de suprave ghere a evoluției sarcinii și lehuziei	x	x	x	x	x	x	x	x
3.a.	- consulta ții de suprave ghere a evoluției sarcinii								
3.b.	-								

consulta ție de suprave ghere a lehuzei								
TOTAL GENERAL							x	

*) Specialitățile sunt cele prevăzute la lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018;

***) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)			
			Consultații medicale pentru situații de urgentă medico- chirurgicală	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo- epidemic (caz suspicionat și confirmat)	Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lehuzei	Consultații de supravegher e a evoluției sarcinii
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						

*) Consultațiile sunt cele cf. lit. A pct. 1 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

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

	ui de servicii:								
1.	- consulta ție medical ă pentru situații de urgență medico- chirurgi cală								
2.	- consulta ție medical ă - pentru depistar ea bolilor cu potențial endemo- epidemi c (caz suspicio nat și confirm at)								
3.	- consulta ție medical ă de specialit ate pentru episoade de boală acută/su bacută/								

	acutizări ale bolilor cronice								
	TOTAL GENER AL							x	

*) Specialitățile sunt cele de la lit. B punctul 2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

**) Conform lit. B pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

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

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

LUNA ANUL

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

*) Consultațiile sunt cele conform lit. C pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

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

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

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

2.3.NOTĂ:

- 1.Desfășurătoarele din Anexa 2-b - de la pct. 2.1 și 2.2 se completează distinct pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, fără a se completa rubricile aferente consultației medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acute ale bolilor cronice (pentru pacienții care beneficiază numai de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1 subpunctele 1.1. și 1.2. din Anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018)
- 2.Desfășurătoarele din Anexa 2-b se întocmesc lunar și 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 Localitatea Județul	Furnizor de servicii medicale Reprezentantul legal al furnizorului Medic de specialitate/competență/atestat (nume prenume) CNP medic de specialitate
--	---

Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) lit. a) și b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 397/836/2018

LUNA ANUL

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

*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-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 ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C4 = col. C2 x % de majorare

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-c se întocmește lunar și 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. 2d:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Situația punctajului în asistența medicală ambulatorie de specialitate - Trimestrul

Anul

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

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

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

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

PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL,		
DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE		DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE
Întocmit,		

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA nr. 2^e:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

RAPOARTELE DE ACTIVITATE ÎNTOCMITE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN

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

*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 397/836/2018.

a)PRECIZARE:

Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, 1.1 B, 1.1 C și 1.1 D, tabelele 1.2 A, 1.2 B, 1.2 C și 1.2 D, tabelele 1.3 A, 1.3 B, 1.3 C și 1.3 D din Anexa 3-h și tabelul din Anexa 3-j.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

b)NOTĂ:

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

ANEXA nr. 2^f:

Județ

Localitate

Furnizorul de servicii medicale

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

*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 397/836/2018.

PRECIZARE:

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

.....

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

ANEXA nr. 2^g:

(1)_

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județ

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

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

2.Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice - analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază, care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor preventive *)**

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

***) În condițiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018

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

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

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

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

***) Conform Anexei 41 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

LUNA ANUL

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

personal / Cod unic de identificare		
...		
TOTAL	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene titulari de card 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 și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018;

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

5¹.NOTĂ:

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

 (nume și prenume)

(2)_

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județ

6.Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere

pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu/medicilor care au încheiată convenție**) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice**

LUNA ANUL

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene 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 și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

****) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*****) Conform Anexei 41 la Ordinul nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

(3)_

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județ

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

LUNA ANUL

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

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

statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

****) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018.

*****) În condițiile prevăzute la NOTA 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 397/836/2018

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

(4)NOTĂ:

1.Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar și 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 asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice.

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

3.Desfășurătoarele din anexa 2-g se completează după caz și de:

- furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale clinice (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu)

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

- furnizorii de servicii de medicină dentară în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o

consecință a actului medical propriu)

5. Tabelele 1 și 5 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.

ANEXA nr. 2^h:

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

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

LUNA ANUL

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

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-h se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și 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. 2ⁱ:

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat / Număr de identificare personal / Cod unic de	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS****)	Total sumă realizată* ****) (lei)
----------	-----------------------------------	---	-----------------	------------------------	---------------------	--	------------------------	-----------------------------------

		identifica re						
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 397/836/2018 coroborat cu precizările prevăzute la nota din subsolul tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-i se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și 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. 2j:

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

--	--	--

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

LUNA ANUL

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

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

****) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018 coroborat cu precizările de la pct. 7 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018

*****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-j se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și 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	Reprezentant legal	
Furnizorul de servicii medicale	
Localitatea	Medic de medicină dentară/dentist	Medic de medicină dentară/dentist
Județul	(nume prenume) Grad profesional medic	(nume prenume) Grad profesional medic
....	CNP medic/dentist	CNP medic/dentist

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP / Număr de identificare personal / Cod unic de identificare	Cod*) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/lu na	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. 397/836/2018.

***) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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. 397/836/2018.

							diagno stice/ terape utice/tr atamen te	proced uri diagno stice / terape utice / tratam ente** (*)			
C0	C1	C2				C3	C4	C5	C6 = C4 x 1,2 sau C5 x 1,2	- pentru consult ațiile de pe rândul 1: C7 = C3 x C4 sau C7 = C3 x C6 - pentru consult ațiile de pe rândul 2: C7 = C3 x C5 sau C7 = C3 x C6	
1.	consult ație care nu includ e proced uri diagno							X			

	stice / terape utice / tratam ente										
2.	consult ație care includ e proced uri diagno stice / terape utice / tratam ente						X				
TOTAL GENERAL							X	X	X		

Total general col. C3 din tabelul 1.1 din anexa 2-1 = total general din col. C4 din tabelul 1.3. din anexa 2-1 *) conform art. 1 alin. (2) și (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

**) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.9 din Anexa 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

***)) proceduri diagnostice/ terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din Anexa 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

****) în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018, pentru prestația medicului primar tariful consultației contractat se majorează cu 20%;

*****) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (14) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

1.2.Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare - zile

de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament

Luna Anul

Nr. crt.	CNP/ Număr de de identifica re personal/ Cod unic de identifica re	Număr de înregistra re în document ele de evidență de la nivelul cabinetul ui	Număr zile de tratament recomand ate	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 Anexa 2-1 = subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.4 din Anexa 2-1

*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1, subpct. 1.11 din Anexa 10 la Ordinul nr. 397/836/2018 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu excepția pozițiilor 1, 26-29, 32-34 și 38 prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din Anexa 10 la Ordinul nr. 397/836/2018; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

**) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1, subpct. 1.11 din Anexa 10 la Ordinul nr. 397/836/2018 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu

condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 26-29, 32-34 și 38 prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din Anexa 10 la Ordinul nr. 397/836/2018; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (14) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

1.2¹.NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 se întocmesc lunar și 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)_

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP / Număr de identificare personal / Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	consultații medicale de specialitate acordate		proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente efectuate în cadrul consultației	
			tip consultație*)	Număr*)	Denumire** *)	Număr

	Cod unic de identificare	de evidență de la nivelul cabinetului	consultație*)		*)	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.			consultație care nu include proceduri diagnostice/t erapeutice/tr atamente		x	x
					x	x
					x	x
			consultație care include proceduri diagnostice/t erapeutice/tr atamente		...	
					...	
					...	
2.			consultație care nu include proceduri diagnostice/t erapeutice/tr atamente		x	x
					x	x
					x	x
			consultație care include proceduri diagnostice/t erapeutice/tr atamente		...	
					...	
					...	
...						
TOTAL GENERAL			X		X	

*) conform art. 1 alin. (2) și alin. (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

**) conform art. 1 alin. (7) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

***) proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din anexa 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

*) conform lit. A, pct. 1, pct. 1.3 din Anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.3.1 din Anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018 și art. 1 alin. (7) lit. b) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 se întocmesc lunar și 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 și pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale; pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății propriiei 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 cu competență / atestat de studii complementare
Județul	CNP medic de specialitate

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr consultații de acupunctură	Tarif *) pe consultație contractat	Sumă **) (lei)

C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C4 x C5
TOTAL GENERAL		X		X	

*) tariful/consultație pentru serviciile de acupunctura este prevăzut la lit. B, pct. 8, subpct. 8.1 din Anexa 7 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

LUNA ANUL

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

*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 8, subpct. 8.2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat 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 realizat mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif

stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

1.3.NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-m se întocmesc lunar și 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. 2^a:

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitatea

Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, de acupunctură, de îngrijiri paliative în ambulatoriu și de medicină fizică și de reabilitare 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 parafă medic care a recomandat
----------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

		Cod unic de identificare *)	serviciile medicale
C1	C2	C3	C4
	Secțiunea 1		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP / Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale clinice în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

	Secțiunea 2		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile de acupunctură

	Secțiunea 3		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare

	Secțiunea 3	CNP / Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale de îngrijiri paliative în ambulatoriu

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

European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

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

NOTĂ: Borderoul centralizator din Anexa 2-n se întocmește lunar și 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. 3^a:

(1)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.1.RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL**

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

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

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

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

(2)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10.04.18.10:50)

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

- "0" pentru cazul externat nevalidat

- "1" pentru cazul externat validat;

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

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

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

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

(3)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

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

(4)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3.1.DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI

**FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL**

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

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

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2018 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10.04.18.10:50)

**) Tipul de caz externat și 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) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză

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

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

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

(5)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.3.2.RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE 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 și 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 și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**) conform art. 96 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au

mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

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

ANEXA nr. 3^b:

(1)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

ANUL

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

¹⁾Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS 397/836/2018;

²⁾Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS 397/836/2018;

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

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(2)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observații Clinice Generale	Cod de identificare a cazului externat	Secția	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. 397/836/2018;

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și

validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10. 04.18.10:50)

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

- "1" pentru cazul externat validat;

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

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

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel: cu cifra "1" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$; cu cifra "3" conform formulei: $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. a), punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(3)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente	Tarif pe caz	Suma realizată*3)
--------	-------------------------------	--------------	-------------------

	cazurilor externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		ponderat *2)	
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C2 + total col. C3 < / = total col. C6 din desfășurătorul 1.2.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

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

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(4)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.h	Numărul de înregistrare al Foii de Observații Clinice Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	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. 397/836/2018;

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2018 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10.04.18.10:50)

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

- "1" pentru cazul externat validat;

- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;

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

unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

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

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

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

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

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

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

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

(5)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

--	--	--	--	--

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor 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 și transferate	Cazuri ponderate reinternate și 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	

*) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;

***) 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 secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție. Total col. C5 < / = total col. C6 din desfășurătorul 1.3.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
--

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

ANEXA nr. 3^c:

(1)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Secția / 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				

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

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

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

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație

contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

(2)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

a)1.2. a

Secția / compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate**)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 - C3 - c4
TOTAL SPITAL				

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

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

****) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;

b)1.2. b

Secția / compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
------------------------------	---	---	--

		validate**)	
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

(3)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

a)1.3. a

Secția / compartiment ul*)	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	Nr. cazuri externate reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate fără	

		transferate	care au primit avizul comisiei de analiză***)	avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 - C3 - C4 - C5
TOTAL SPITAL					

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

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

b)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 și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

(4)_

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

*) - Secția/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 relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

(5)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

.....

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 și nevalidate
C0	C1	C2	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) - Secția/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, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

(6)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

.....

Secția / compartimentul *)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
-------------------------------	---	---	--

		validate**)	
C0	C1	C2	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) - Secția/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, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

ANEXA nr. 3^d:

(1)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

Secția / compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate și validate **)	Durata de spitalizare ¹⁾	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate ***)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 x C3 x C5 sau

					C6 = C4 x C5
TOTAL SPITAL					

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

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

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

*****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

¹⁾ durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(2)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

1.2.RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI

**ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE,
PENTRU LUNA ANUL**

a)1.2. a

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

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

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. bl) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

*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. 397/836/2018 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordinul Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

b)1.2.b

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

TOTAL SPITAL			
--------------	--	--	--

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

**) 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. 397/836/2018;

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. 397/836/2018, 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 și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului
 (nume și prenume)

c)NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(3)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

a)1.3.a

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

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

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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. 397/836/2018 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordinul Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

b)1.3.b

Secția / compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și validate, în	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment	Suma realizată***)
---------------------------	---	---	--------------------

	limita sumei contractate**)	contractat	
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

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

***) 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. 397/836/2018;

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

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

c)NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

(4)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

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

*) - Secția/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. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(5)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartimentul *)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)

	contractate **)		
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL			

*) - Secția/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. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(6)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

Secția/compartimentul (*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3

TOTAL SPITAL			
--------------	--	--	--

*) - Secția/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. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

ANEXA nr. 3^e:

(1)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

.....

Secția / compartimentul*)	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			

*) - Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

(2)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

..... PENTRU LUNA ANUL

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

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

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externe și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10.04.18.10:50)

***) Tipul de caz externat și 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 Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS.

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

(3)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Secția / compartimentul*	Nr. cazuri externate 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, reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 - C3 - C4
TOTAL SPITAL				

*) - Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

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

(4)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE
ANUL

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

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2018 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10.04.18.10:50)

**) Tipul de caz externat și 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) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

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

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

(5)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

ANUL

Secția / compartiment ul*)	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, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 - C3 -

					C4 - C5
TOTAL SPITAL					

*) - Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

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

ANEXA nr. 3^f:

(1)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

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

*) - Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(2)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

.....

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

C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4 + C3 x C4 x 10%
TOTAL SPITAL				

*) - Secții/Compartimente de acuzi 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. 397/836/2018.

*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. 397/836/2018;

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

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

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(3)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

Data externării *) - se	Numărul de înregistrare al Foii de	Cod de identificare a cazului	Secția/comp artimentul	Tipul de caz externat **)	Tarif mediu pe caz rezolvat	Suma realizată ****)

- se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	al Foi de Observație Clinică Generală	a cazului externat			rezolvat contractat	*****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2018 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2018, ora 10:50 se va completa 10.04.17.10:50)

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

- "1" pentru cazul externat validat

- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018;

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

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

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel: cu cifra "1" conform formulei: $C7 = C6$; cu cifra "2" conform formulei: $C7 = C6$; cu cifra "3" conform formulei: $C7 = C6 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

(4)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

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

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

SPITAL					
--------	--	--	--	--	--

*) - Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

*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) și (4) din Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

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

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

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

ANEXA nr. 3^g:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Date de identificare al cazului externat invalidat *)	Motivul invalidării

Secția / compartiment ul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (SNSPMPDS B/CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

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

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

ANEXA nr. 3^h:

(1)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**a)1.1 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA
ANUL**

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

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

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

(2)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

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

(3)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**c)1.1. C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL**

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

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

(4)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**d)1.1 D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate (**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate

C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,

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

(5)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**a)1.2 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI**

..... PENTRU LUNA ANUL

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

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și

confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

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

(6)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**b)1.2 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
..... PENTRU LUNA ANUL**

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

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

(7)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**c)1.2 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**
PENTRU LUNA ANUL

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

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

(8)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**d)1.2 D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL**

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

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

(9)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**a)1.3 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE
..... ANUL**

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

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

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

(10)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

b)1.3 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

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

C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

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

(11)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**c)1.3 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE
TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL**

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Președinte - Director general,
--

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

(12)_

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

d)1.3 D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

--

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

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

ANEXA nr. 3ⁱ:

(1)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

**1.1.RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1-15
LUNA ANUL**

**A.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE
ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi (**)	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată (***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) 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. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

B.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	$C5 = C3 \times C4$
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. 397/836/2018.

***) 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. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

C.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) 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. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

D.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) 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. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului

E.NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(2)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

1.2.RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA ANUL

A.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

--	--	--	--	--

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) 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. 397/836/2018.

B.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
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. 397/836/2018.

**) 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. 397/836/2018.

C.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) 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. 397/836/2018.

D.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) 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 D 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. 397/836/2018.

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. 397/836/2018, 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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

E.NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și 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 spitalicești.

(3)_

Județul

Localitatea

Furnizorul de servicii medicale

1.3.RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

A.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	$C5 = C3 \times C4$

C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) 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 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

B.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
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. 397/836/2018.

**) 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. 397/836/2018. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

C.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

***) 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. 397/836/2018. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

D.SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$

TOTAL SPITAL		x	
--------------	--	---	--

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

397/836/2018.

***) 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. 397/836/2018. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

E.NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și 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 spitalicești.

ANEXA nr. 3j:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat *)				Motivul invalidării	
Cod de identificare a cazului externat	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fișei de spitalizare de zi	Tip fișă (caz/serviciu)	Mesaj de eroare	Tip eroare (SNSPMPDS B/CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor

apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

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

ANEXA nr. 3^k:

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ȘI
PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

RAPORT PRIVIND NUMĂRUL ZILELOR DE SPITALIZARE PESTE MEDIANA
FIECĂREI GRUPE DRG ÎN SECȚIA/COMPARTIMENTUL DE TERAPIE INTENSIVĂ A
SPITALULUI ÎN TRIMESTRUL ANUL
.....

Nr. crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD) ¹⁾	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A) ¹⁾	Grupa de diagnostic ¹⁾	Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de TI a spitalului*)

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfeționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

¹⁾ Conform Anexei nr. 23 B I și II la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B I și II la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
DIRECTOR GENERAL

.....

ANEXA nr. 4^a:

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii medicale
	Localitatea
	Județul

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE

LUNA/TRIM. ANUL

Tip autovehiculul	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 realizați		Contractată	Realizată ***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = C6 \times (C2 + C4)$	$C8 = C6 \times (C3 + C5)$	$C9 = C7$ sau $C8$
TOTAL					X			

*) numărul de km efectiv parcurși în mediul urban/mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018

***) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018

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

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 4-a se întocmește lunar și 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
--	--

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE 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 și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018

***) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 4-b se întocmește lunar și 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^c:

Casa de asigurări de sănătate	Furnizorul de servicii medicale Localitatea Județul
--	--

**1.1.DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTAȚILOR DE URGENȚĂ LA DOMICILIU
EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE
SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim. ANUL

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție/transport pe apă pentru consultații de urgență la domiciliu	Tip serviciu - consultații de urgență la domiciliu conform lit. A pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNA S nr. 397/836/2018	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare *)	Total sumă		Suma decontată **)
			Contractată	Realizată		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					x			

domiciliu acordate de medicii din centrele de permanență							
Subtotal 2 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din unitățile medicale specializate private				x			
TOTAL(subtot. 1 + subtot. 2)				X			

*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 și art. 8 alin. (1) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

**) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

1.2.EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE/NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL A SERVICIILOR - CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚILE MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE

Luna/Trim. ANUL

Nr. crt.	Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A. pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018	CNP / Cod unic de asigurare / Număr de identificare personal *)	
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale
C1	C2	C3	C4
TOTAL	X		

*) 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 și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

	identificare personal 1 + Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal 2 +)
--	--

*) conform anexei nr. 30A la Ordinul nr. 397/836/2018.

***) conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31A la Ordinul nr. 397/836/2018.

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

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește lunar și 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^b:

Casa de asigurări de sănătate	Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu Localitatea Județul
--	--

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/ Număr de Cod unic de	Medicul de specialitate care	Cod parafa medic	Data emiterii recoman dării	Data începerii episodul ui de	Data sfârșitul ui episodul	Nr. zile în care s-au acordat	Tarif **) / zi de îngrijire (lei)	Sumă decontat ă de CAS***
----------	---------------------------	------------------------------	------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

	identificare/ Număr de de identificare personal asigurat	a făcut recoman darea		pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu	îngrijirii medicale la domiciliu	ui de îngrijirii medicale la domiciliu	îngrijirilor medicale la domiciliu*)) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10 = C8 x C9
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-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. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-a

TOTAL GENERAL, col. C8 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) și art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

***) Conform art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.

397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului
--

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar și 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	Furnizor de servicii de îngrijiri medicale paliative la domiciliu Localitatea Județul
--	---

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
 CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ LUNA ANUL

CD Ne Pn au sm i i Ngr rue .ra cas rte t/r .Cv oi dc ui nu il cu	Număr servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi	TT oo tt aa ll sn eu rm vă ir cz ii il re ed ae lî in zg
--	---	--

	identificare / Număr de identificare personal asigurat	a făcut recomandarea		pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu	îngrijiri paliative la domiciliu	ui de îngrijiri paliative la domiciliu	îngrijirile paliative la domiciliu conform planului de îngrijire paliativă *)) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10 = C8 x C9
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 d = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-c

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa d = 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) și art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

***) Conform art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.

397/836/2018.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

 (nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-d se întocmește lunar și 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

Județ

Borderou centralizator cuprinzând evidența 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 asiguraților

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 pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

ANEXA nr. 5^f:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județ

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu/ medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților

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 specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu

Secțiunea 2				
	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 3				
	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 pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

 (nume și prenume)

ANEXA nr. 6^a:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județ

**1.1.DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE-MEDICINĂ FIZICĂ ȘI
 DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII
 SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA**

...../LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare negociat *)	% decontat de CAS **)	Total sumă realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C4 x C5
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			65%	
				100%	
	TOTAL		X	X	

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018

***) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

****) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților, conform art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

*****) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

1.2.DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII 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 stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018.

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

1.3.NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc lunar și 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

Județ

**1.1.DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE RECUPERARE MEDICALĂ
ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE
DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII**

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

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare negociat *)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
	TOTAL		X	

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) și alin. (5) din anexa nr. 34 la

Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018;

1.2.DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI 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 și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

1.3.NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc lunar și 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	Medic de familie /
Județ	(nume prenume) CNP medic de familie

MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL

I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / 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 menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

***) Cazurile nou depistate, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

II. Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs

medicului de familie	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.

III.NOTE:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
...																
....																
n																
TO TA L	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Subtotalul 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul 1.3. din Anexa 8-a)																
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.4. din Anexa 8-a)																
Subtotalul 3- Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.5. din Anexa 8-a)																
Subtotalul 4 - Valoarea compensată aferentă DCI -uri notate cu (**) ¹ potrivit HG nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 11-17 din tabelul 1.6. din Anexa 8-a)																

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologica, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0-1.139 lei

Coloanele (13)-(17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum / cost-volum-rezultat.

*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 251658240 ≠ 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 și corectitudinea datelor
 Reprezentantul legal al S.C. Farmacia

(2)_

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

1.2.Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru luna anul

lei														
Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod paraf medic	CNP / CID asigurat	Țara	Nr. card european	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Subli sta A	Subli sta B	Subli sta C secțiunea C1	Subli sta C secțiunea C3	Subli sta D
	Nr.	data												
1	2.1	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
.....														
...														
n														
Total	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a

Coloanele (10)-(14) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum / 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 și corectitudinea datelor Reprezentantul legal al S.C. Farmacia (nume și prenume)
--

(3)_

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

1.3.Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod paraf / a medic	CNP / CID asigurat	Nr. și serie pașaport	*) Tip document	Țara	Total Valoare prescripție	Total Valoare compensare din care:	Subli sta A	Subli sta B	Subli sta C secțiunea C1	Subli sta C secțiunea C3	Subli sta D
	Nr.	data													
1	2.1	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
.....															
.....															
n															
Total	x	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal

...																	
n																	
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologica, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru Sublista C - secțiunea C1, respectiv pe fiecare DCI notat cu (**)¹ potrivit HG nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare pentru celelalte liste, după caz.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0-1.139 lei.

Coloanele (13)-(17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/ cost-volum-rezultat.

*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

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 și corectitudinea datelor
 Reprezentantul legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA nr. 8^b:

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator pensionari 0-1.139 lei pentru luna anul
 care însoțește factura seria nr./data

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/CI D asigurat	Total valoare prescripție	Total valoare compensare sublista B, din care:	*) Valoare comp CNAS 50%	*) Valoare comp.M S 40%
	Nr.	Data							
	2.1	2.2							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
...								x	x
...								x	x
n								x	x
Total	x	x	x	x	x				

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Coloanele (7)-(9) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/ cost volum rezultat.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare DCI notat cu (**)¹ potrivit HG nr. 720/2008 cu modificările și 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 și corectitudinea datelor
 Reprezentantul legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA nr. 8^c:

(1)_

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

I.Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul care însoțește factura seria nr. /data

- lei -																	
Nr. crt.	Bon Fiscal		Seri e și nr. prescriptie	Cod para fa medic	CN P / CID asigurat	Nr. card euro pea n	*) Nr. și seri e pașa port	Tip for mul doc ument Eur ope an	**) Tip doc ume nt	***) Țara	Total valo are pres cript ie	Total valo are com pens are din care :	Subl ista A	Subl ista B	Subl ista C secți une a C1	Subl ista C secți une a C3	Subl ista 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																	
TO TA L	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Subtotal 1- Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul I.1. din Anexa 8-c)																	
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul I.2. din Anexa 8-c)																	
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul I.3. din Anexa 8-c)																	

crt.	Nr.	data	și num ăr presc riptie	paraf ă medi c	// CID asigu rat	și serie pașa port	form ular / docu ment Euro pean		Valo are presc riptie	Valo are com pens are din care:	sta A	sta B	sta C secți unea C1	sta C secți unea C3	sta D
1	2	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Tota l	x	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologica, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I. din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensata pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Nota: 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 și corectitudinea datelor Reprezentantul legal al S.C. Farmacia (nume și prenume)
--

(5)_

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

II.Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum - rezultat pentru luna
..... anul

- lei -																	
Nr. crt.	Bon Fiscal		Seri e și număr prescriptie	Cod para fă medic	CN P / CID asigurat	Nr. card euro pean	*) Nr. și serie pașaport	Tip formular / document European	**) Tip document	***) Țara	Total Valoare prescriptie	Total valoare compensare, din care :	Subl ista A	Subl ista B	Subl ista C secțiune a C1	Subl ista C secțiune a C3	Subl ista D
	Nr.	data															
	2.1	2.2															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
n																	
Total	1x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Subtotal 1- Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul II.1. din Anexa 8-c)																	
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul II.2 din Anexa 8-c)																	
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul II.3 din Anexa 8-c)																	

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensata 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).

Total	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este 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 și corectitudinea datelor Reprezentantul legal al S.C. Farmacia (nume și prenume)
--

(7)_

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

II.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru ANUL

lei															
Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod paraf/medic	CNP și CID asigurat	Nr. și pașaport	*) Tip document	Țara	Total Valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Subli sta A	Subli sta B	Subli sta C secțiunea C1	Subli sta C secțiunea C3	Subli sta D
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

	2.1.	2.2					pean			care:					
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Tota l	x	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensata 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 și corectitudinea datelor Reprezentantul legal al S.C. Farmacia (nume și prenume)
--

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 365 bis din data de 26 aprilie 2018