



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 183 (XXVII) — Nr. 300 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 30 aprilie 2015

SUMAR

	<u>Pagina</u>
Anexele 1-a—1-j, 2-a—2-n, 3-a—3-k, 4-a—4-c, 5-a, 5-b, 6-a, 6-b, 7-a, 7-b și 8-a—8-c la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 244/2015 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente — formulare unice pe țară, fără regim special	4-152

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente — formulare unice pe țară, fără regim special*)

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

în temeiul prevederilor:

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

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

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

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

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

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

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

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

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

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

(6) Se aprobă documentele justificative — formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența de

reabilitare medicală în sanatorii balneare și de recuperare medicală în alte sanatorii și preventorii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6-a și 6-b.

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

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

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

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

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

Art. 3. — Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și de către Casa Asigurarilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice,

*) Ordinul nr. 244/2015 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 300 din 30 aprilie 2015 și este reprodus și în acest număr bis.

Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul ordin.

Art. 4. — (1) Desfășurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru:

a) asigurați;

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

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

d) pentru persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

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

b) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP), cod unic de identificare, specificarea serviciilor medicale acordate cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în

care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;

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

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

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

Art. 5. — La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 486/2014 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale — formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 504 și 504 bis din 7 iulie 2014, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 6. — Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 7. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu luna mai 2015.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

București, 29 aprilie 2015.

Nr. 244.

Anexa 1-a

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ**Grupa de vârstă*)**

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

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

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

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

Anexa 1-a
(continuare)**II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE****Grupa de vârstă*)**

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

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

Anexa 1-a
(continuare)**III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/
SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI
FORMULARELOR/ DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA
REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL
CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE
SECURITATE SOCIALĂ**

Grupa de vârstă*)

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

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

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

NOTĂ:

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

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

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

- ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcție de mișcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1-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 în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis), EKG și spirometrie.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data:

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD	comen tarii
Copil în cadrul familiei	100	
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)	
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri din muncă	102	
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	103	
Studenți-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 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 OG. 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	
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	108	
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	109	
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	110	
Salariat sau categorii asimilate	200	
Pensionari cu venituri din pensii care depășesc 740 lei	201	
Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii care depășesc 740 lei	202	
Persoane cu venituri din activități independente	203	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	204	
Persoane cu venituri din chirii	205	
Persoane cu venituri ocazionale	206	
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultură	207	
Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin. 9 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare	208	
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	210	
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 78 Cod Fiscal	211	

Persoane prevazute la art.1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din OUG nr. 158/2005	212	
Persoane fizice care realizează venituri din arendarea bunurilor agricole în regim de reținere la sursă a impozitului pe venit pentru care plătitorul de venit are obligația reținerii la sursă a contribuțiilor individuale de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 296 ²⁴ alin. (4 ²) din Legea nr. 571/2003, cu modificările și completările ulterioare	213	
Persoane aflate în concediu medical sau în accident de muncă	300	
Persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani	301	
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate	302	
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	303	
Străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii	304	
Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	305	
Pensionar cu venituri mai mici de 740 lei, care nu se încadrează la categoria "Pensionar de invaliditate"	306	
Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii sub 740 lei	307	
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308	
Personalul monahal al cultelor recunoscute, care nu realizează venituri	309	
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene (E109/S1)	402	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1)	404	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E106/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E109/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E120/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E121/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	

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

NOTĂ:

În categoria 200: "Salariat sau categorii asimilate" intră următoarele categorii de persoane:

1. Persoane care realizează venituri obținute din asocierile fără personalitate juridică prevăzute la art. 13 lit. e) din Codul Fiscal
2. Asigurați preluați de casele județene de pensii de la unitățile în faliment
3. Membri ai comisiei de cenzori sau comitetului de audit, precum și membri în consilii, comisii, comitete și altele asemenea: președinții asociațiilor de proprietari sau alte persoane care își desfășoară activitatea în baza contractului de mandat în cadrul asociațiilor de proprietari

4. Persoane disponibilizate care beneficiaza de plati compensatorii acordate in baza contractului colectiv sau individual de munca suportate din fondul de salarii

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

6. Persoane fizice care realizează venituri sub formă de salarii de la angajatori nerezidenți și care achită contribuțiile sociale individuale potrivit art.296¹⁹ alin.(1¹³) din Legea nr. 571/2003, cu modificările și completările ulterioare - proiect D112

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

In categoria 203: ”Persoane cu venituri din activitati independente” intră urmatoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii:

1. Persoane care realizează venituri obținute dintr-o asociere cu o persoană juridică contribuabil, potrivit titlului IV¹ din Codul Fiscal, care nu generează o persoană juridică

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

3. Întreprinzătorii titulari ai unei întreprinderi individuale

4. Membrii întreprinderii familiale

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

In categoria 303: ”Somer sau beneficiar alocatie de sprijin” intră urmatoarea categorie de persoane asimilată acestei categorii:

- persoane disponibilizate care beneficiaza de plati compensatorii suportate de bugetul asigurărilor de șomaj

In categoria 206: ”Persoane cu venituri ocazionale” intra si urmatoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii

1. Persoane cu venituri din dividende

2. Persoane cu venituri din dobânzi

3. Persoane cu castiguri din premii și jocuri de noroc

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

Anexa 1-c

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

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

ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

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

B. Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

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

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

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

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

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

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

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

Anexa 1-c
(continuare)

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/document european (E106, E109, E120,E121 /S1)	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Statul membru UE/ SEE/ Confederația a 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 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,**

.....

NOTĂ:

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

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

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

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

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

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

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

Anexa 1-d

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

DESFĂȘURĂTORUL
PUNCTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE
LUNA ANUL

1. Numărul de puncte "per capita"

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

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

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 388/186/2015, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului

de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

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

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

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

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

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

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

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

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

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (22.000 – 18.700) x 0,75 + (Total col. C4 - 22.000) x 0,50

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

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

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

b.1) pentru medicii de familie care au 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

b.2) 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

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

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

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

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

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

c.1) pentru medicii de familie care au 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

c.2) 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice * ²⁾ :	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁴⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) * ⁶⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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 - persoanele asimptomatice ^{*9)}			
C. Consultații la domiciliul asiguraților^{*10)}	X	X	X
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului			
D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății^{*11)}	X	X	X
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*11) conform lit. B punctul 1 NOTA de la subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

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

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

*1) Se va completa, după caz:

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

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

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
C. 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* ⁵⁾	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 constator de deces* ⁷⁾			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Precizare:

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

*2) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
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).			
TOTAL	X		

Precizare:

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

*2) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală*²⁾ :	X	X	X
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice*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 leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice * ⁸⁾			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt * ⁸⁾			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele 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			
D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății^{*11)}	X	X	X
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET	X		

Precizări:

- *1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015
- *5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 388/186/2015
- *6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.
- *10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 388/186/2015
- *11) conform lit. B punctul 1 NOTA subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

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

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

*1) Se va completa, după caz:

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

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

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

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

9.1 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 asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 388/186/2015):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultația în caz de boală *²⁾:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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 *³⁾			
3. Management de caz:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁴⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *⁶⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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⁾:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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 - persoanele 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 înscrși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului			
D. SERVICII MEDICALE DE CONSULTAȚII ȘI DIAGNOSTIC CE POT FI FURNIZATE LA DISTANȚĂ PRIN SISTEME DE TELEMEDICINĂ RURALĂ DEZVOLTATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII^{*11)}	X	X	X
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET	X	X	X
	X		

Precizări:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Statul cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 9.1.*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. 388/186/2015; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

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

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

Anexa 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 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 1-fCasa 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 pentru chelt. de administrare și funcționare a cabinetului **) <i>col.3 x 1,5</i>	Total sume luate în calculul drepturilor <i>(col.3 + col.4) x col.2./col.1</i>
1.	2.	3.	4.	5.

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

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

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

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

Formularul din Anexa 1-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 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	Cheltuieli de personal*)	Sume pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului**)	Total sume
1.	2.	3.	4.	5=3+4
TOTAL				
Sume raportate în plus sau în minus ***)				

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

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

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

Se va da notă explicativă pentru fiecare 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.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

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

Anexa 1-i

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

**DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA “ PER CAPITA”
LUNA.....ANUL.....**

**DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA „PER CAPITA” ȘI
ACORDATE ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ**

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP – uri beneficiare / Coduri unice de identificare	Număr servicii medicale	Nr. Coduri unice de identificare – beneficiare/ numere de identificare personale (pentru titularii formularelor / documentelor europene)
I. SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA „PER CAPITA”				
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală				
2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz)				
3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	x	x	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.				
4. Activități de suport – eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de concediu medical				
b) bilete de trimitere				
c) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri				
d) acte medicale necesare copiilor aflați în				

plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului				
e) documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate				
f) prescripții medicale				
5. Servicii de administrare de medicamente				
II. CONSULTAȚIILE PREVĂZUTE LA SUBPUNCTELE 1.1.2, 1.1.3, 1.3 ȘI 1.4.2 DE LA LITERA B DIN ANEXA 1 LA ORDINUL NR. 388/186/2015 CARE DEPĂȘESC LIMITELE PREVĂZUTE LA ART. 1 ALIN. (3) LIT. B) DIN ANEXA 2 LA ACELAȘI ORDIN, RESPECTIV:	X	X	X	X
A. Servicii medicale curative				
1. Consultația în caz de boală:				
a) consultație pentru afecțiuni acute				
b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,				
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X	X	X
1. urgență				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
4. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului				
C. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății	X	X	X	X
a) efectuate la cabinet				
b) efectuate la domiciliu				

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 1-j

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

LUNA ANUL

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

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

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 2-a

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate/competență/

atestat.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Specialitatea/competență/atestat de studii complementare*)	Număr consultații/ servicii pe zi				Total Consultații / servicii diagnostice și terapeutice	Nr. puncte**) pe tip de: consultație /serviciu diagnostic și terapeutic	Nr. total puncte
		1	2	...	30			
C1	C2	C3				C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultații**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:					x	x	x
1	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută / acutizări ale bolilor cronice:						x	
2	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz):						x	
3	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice - consultații acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz:						x	
3.1.	HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2					x	x	x

Anexa 2-a
(continuare)

Reprezentantul legal al furnizorului

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

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

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

LUNA..... ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare		C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	
	Pachetul de servicii medicale de bază *)																										
	Nr. consultanții medicale de specialitate pentru episoade de boală acută / subacută/ acutizări ale bolilor cronice				Nr. consultanții medicale de specialitate pentru asigurări cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asigurătorilor cu bilet de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz):	HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	boli respiratorii cronice: astm bronșic și BPOC	boala cronică de rinichi	de trimitere de la MF acordate pe baza biletului cronice - consultanții specialitate pentru asigurări cu afecțiuni cronice	Nr. consultații medicale pentru situații de urgență medico -chirurgică	Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspicios și confirmat)	Nr. consultații furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală	Nr. consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	Nr. proceduri diagnostice simple	Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie	Nr. proceduri diagnostice complexe	Nr. proceduri terapeutice / tratamente chirurgicale simple	Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe	Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale simple	Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie	Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe	Nr. tratamente ortopedice medicale	Nr. terapii psihiatrice	Nr. terapii genetice medicale	Consultanții pentru acordarea serviciilor de supraveghere a evoluției sarcinii	Consultanții pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și leuziei	Nr. servicii de sănătate conexe actului medical

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

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate

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

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

*) Specialitățile sunt cele prevăzute la lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)			
			Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemic - epidemic (caz suspionat și confirmat)	Consultații medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală	Consultații de sarcinii și lehuzei	
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. 388/186/2015.

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

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

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

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

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

.....

Anexa 2-b
(continuare)

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate

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

LUNA ANUL

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

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

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

Anexa 2-b
(continuare)

2.2 DESFĂȘURĂTOR PE NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTATIILOR 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 endemic (caz suspionat și confirmat)	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută / acutizări ale bolilor cronice
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

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

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

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale**

.....

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 / acutizări ale bolilor cronice (pentru pacienții care beneficiază numai de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1.1. și 1.2. din Anexa 7 la Ordinul 388/186/2015)

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

Furnizor de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

Județ.....

.....

Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

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

LUNA ANUL

Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*)	Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea **)		Nr. total puncte realizate pe lună
	Puncte aferente consultațiilor și serviciilor medicale clinice C2	Puncte aferente serviciilor conexe C3	
Total din care :			
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, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

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

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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

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

*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

PRECIZARE:

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

NOTĂ:

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

PRECIZARE:

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Anexa 2-g

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

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

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

***) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

***) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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**)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	$C5=C3 \times C4$
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

***) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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**)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

***) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

LUNA ANUL

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

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

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr.388/186/2015

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

NOTĂ:

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

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

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

.....

ANEXA 2-g
(continuare)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

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

LUNA ANUL

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

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

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

****) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

.....

ANEXA 2-g
(continuare)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

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

LUNA ANUL

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

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

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

****) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 388/186/2015

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

.....

NOTĂ:

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

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

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

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

Anexa 2-h

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

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume)
 Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....

Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume)
 Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....

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

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

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

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

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale**

.....

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

Anexa 2-i

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

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume)
 Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....

Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume)
 Grad profesional medic.....
 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 asigura/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
			X	X		X	X	
	TOTAL							

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

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

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

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

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

.....

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

Anexa 2-I

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

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

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

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

Total general col. C3 din tabelul 1.1 din anexa 2-1 = 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 nr. 388/186/2015;

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

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

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

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

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

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

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr zile de tratament recomandate	Număr zile de tratament efectuate	Tarif*) pe zi de tratament	Tarif**) pe zi de tratament	Sumă ***) (lei)
C1				C5			
1.							
2.							
Subtotal CNP/ Cod unic de identificare / Număr de identificare personal					X	X	
Subtotal CNP/ Cod unic de identificare / Număr de identificare personal					X	X	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/ Cod unic de identificare / Număr de identificare personal					X	X	
1 + Subtotal CNP/ Cod unic de identificare / Număr de identificare personal 2 +.....)					X	X	

Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Numar de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2. din Anexa 2-1 = subtotal CNP / Cod unic de identificare / Numar de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.4 din Anexa 2-1

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

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate.....
 CNP medic de specialitate.....

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

**1.3 DESFĂȘURĂTOR PE CNP/COD UNIC DE IDENTIFICARE /NUMAR DE IDENTIFICARE PERSONAL AL SERVICIILOR MEDICALE -
 CONSULTAȚII ACORDATE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA
 REABILITARE MEDICALA**

LUNAANUL.....

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*)	Numar*)	Denumire (***)	Număr
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.			consultație care <u>nu include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente		x	x
					x	x
			consultație care <u>include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente		...	
					...	
					...	
					...	
2.			consultație care <u>nu include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente		x	x
					x	x
					x	x
					...	
					...	
					...	
...						
TOTAL GENERAL			X		X	

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

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor**Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

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

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

Anexa 2-m

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

ANEXA 2-n

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

1. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriu de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu

LUNA ANUL

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Anexa 3-a

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

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

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

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

Anexa 3-a

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

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

**) 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.

Anexa 3-a

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

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

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

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

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

Anexa 3-a

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.II.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	x

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

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

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

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

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

- „11” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză

- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

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

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

Anexa 3-a

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 externe si raportate la CAS	Nr. cazuri externe raportate și validate*)			Nr. cazuri externe raportate si nevalidate
		Nr. cazuri externe - 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. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externe 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, în format PIAS/SIUI și pe hârtie

Anexa 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

¹⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 388/186/2015;

²⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 388/186/2015;

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**
.....

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

Anexa 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor 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 Observație Clinică 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 nr. 388/186/2015;

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

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

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

- „1” pentru cazul externat validat;

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

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

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

cu cifra „1” conform formulei : C9=C6xC8;

cu cifra „3” conform formulei: C9=C6xC8x10%;

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

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externe, 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 externe din secție.

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

Anexa 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor 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 cazurilor externe, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externe 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 nr. 388/186/2015;

*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 alin. (1) lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor 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/TRIMESTRELEANUL.....**

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 **)	Tarif pe caz *1) ponderat	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

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

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 2015 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

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

- „1” pentru cazul externat validat;

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

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

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

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

cu cifra „1” conform formulei : C9=C6xC8;
cu cifra „2” conform formulei : C9=C6xC8;
cu cifra „3” conform formulei: C9=C6xC8x10%;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015;
Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in 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 externe, 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 externe din secție.

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

Anexa 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor 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/TRIMESTRELEANUL.....**

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externe 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 fără avizul comisiei de analiză**)			
		Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză*)	C3				
C1	C2			C4	C5= C2+C3+C4	C6	C7
TOTAL SPITAL						x	

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

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

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

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul nr. 388/186/2015;

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-c

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

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.....**

1.2. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	Nr. cazuri externe raportate și validate**)		Nr. cazuri externe 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. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

1.2. 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
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 externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

Anexa 3-c

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/TRIMESTERELE ANUL.....**

1.3. a

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

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

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

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.4 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA...../LUNA...../TRIM.....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 casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

Anexa 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe 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= C2xC3xC5 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 externe, 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 urmării 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), pneumofiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

1.2. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Durata de spitalizare*2)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate			
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC4xC5 + C3xC4xC5x10%.
TOTAL SPITAL					

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

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015;

*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 nr. 388/186/2015 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordinul nr. 388/186/2015.

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 = C2xC3
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), pneumofiziologie 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 alin. (1), lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015;

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a + col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015, 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 Reprezentantului legal al furnizorului

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

Anexa 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

1.3.a

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

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

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b1) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015;

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 nr. 388/186/2015 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin Ordinul nr. 388/186/2015.

1.3.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 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării 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), pneumofiziologie 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 alin. (1), lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015;

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

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

**) Coloana C2 </= coloana C2 din tabelul 1.4. din anexa 3 - c.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) și art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b2) subpct.1 sau 2, după caz, din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-e

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 acuiți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

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

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

Anexa 3-e

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 Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția /compartmentul	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 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

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

- „0” pentru cazul invalidat;

- „1” pentru cazul externat validat;

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

- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

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

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

Anexa 3-e

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

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

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

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.
***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

Anexa 3-e

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 ANUL.....**

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 /compartmentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăesc 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 perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2015 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

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

- „0” pentru cazul invalidat;

- „1” pentru cazul externat validat;

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

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

- „11” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză

- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

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

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

Anexa 3-e

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/compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	Nr. cazuri externe, raportate și validate **):			Nr. cazuri externe, raportate și nevalide
		Nr. cazuri externe și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externe, reinterate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externe, reinterate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

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

Anexa 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

*) Secții/Compartimente de acuiți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 388/183/2015.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/183/2015.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor 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 externe, 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= C2xC4+ C3xC4x10%
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acui prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 388/183/2015.

*1) Coloana C2 <=/= coloana C3 din anexa 3-e. Coloana C3 <=/= coloana C4 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e.

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

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

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor 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,
AL SPITALULUI**

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

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

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor 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 2015 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 aprilie 2015, ora 10:50 se va completa 10.04.15.10:50)

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

- „1” pentru cazul externat validat;

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

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

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

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

cu cifra „1” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „2” conform formulei : $C7=C6$;

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

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

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

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

Anexa 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor 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, raportate și validate în limita sumei contractate *1)	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL				x	

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

*1) Coloana C2 <=/= coloana C3 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. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea prezintă cazuri externe reinternate sau transferate;

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

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

Regularizarea trimestrului IV se face 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

.....

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

Anexa 3-g

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

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

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

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

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

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

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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. 388/186/2015.

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

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

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

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

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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 ANUL..... ANUL.....**

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

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

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

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

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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. 388/186/2015.

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

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

.....

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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 ANUL.....**

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

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 ANUL.....
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

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

Anexa 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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. 388/186/2015.

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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. 388/186/2015..
 **) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

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

Anexa 3-i

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....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 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 A din anexa 3-h.

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

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

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

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

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 B din anexa 3-h.

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

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

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 C din anexa 3-h.

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

**Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-i

Județul

Localitatea

Furnizor 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= C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

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

**) 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 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 B din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

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

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL	x	x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 C din anexa 3-h.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 388/186/2015, din care se scade suma (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

**Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-i

Județul

Localitatea

Furnizor 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 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 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 nr. 388/186/2015. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

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

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 B 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 nr. 388/186/2015. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

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

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

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

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 C din anexa 3-h.

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

Conform raportului 1.2 C din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**

.....

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

Anexa 3-j

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 (SNSPMPDSB/CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

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

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 3-k

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECTIONARE 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 Perfecționare 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 nr. 388/186/2015;

*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B I și II la Ordinul nr. 388/186/2015.

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
DIRECTOR GENERAL**

Anexa 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 autovehicul	Total km efectiv parcursi în mediul urban *)		Total km efectiv parcursi în mediul rural *)		Tarif pe km parcurs minim negociat (**)	Total sumă		Suma decontată (***)
	Contractați	Efectiv parcursi	Contractați	Efectiv realizați		Contractată	Realizată (***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C6x(C2+C4)	C8=C6x(C3+C5)	C9 = C7 sau C8
TOTAL					X			

*) numărul de km efectiv parcursi în mediul urban / mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 388/186/2015 și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin.(2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 388/186/2015

***) Casele de asigurari de sanatate decontează suma realizata in condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 388/186/2015

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal**

.....

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 4-a se întocmește de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 4-a se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Anexa 4-b

Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Județul.....

Casa de asigurări de sănătate

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APA EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI
 MEDICALE SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim.ANUL.....

Tip ambarcațiune	Total mile *)		Tarif pe milă marină minim negociat **)	Total sumă		Suma decontată***)
	Contractate	Efectiv parcuse		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						

*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 388/186/2015 și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin.(3) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 388/186/2015

***) casele de asigurari de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin.(2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 388/186/2015.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentant legal**

.....

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 4-b se întocmește de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 4-b se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

**1.2. EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE /NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL A
SERVICIILOR - CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚILE MEDICALE SPECIALIZATE
AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim.ANUL.....

Nr. crt.	Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit.A. pct.1 și lit.B pct.1 din anexa 27 la Ordinul nr. 388/186/2015	CNP/ Cod unic de identificare / Număr de identificare personal *)	
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale
C1	C2	C3	C4
TOTAL	X		

*) Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul / codul unic de identificare din motive justificate se va completa cu 0000000000000000 (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
Reprezentant legal**

.....

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din anexa 4-c se întocmesc de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din anexa 4-c se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

2. Desfășurătoarele se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultațiile de urgență la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenție / transport pe apă

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului**
.....

NOTE:

1. Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
2. Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu
3. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din anexa 5-a se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Anexa 5-b

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.....
 Localitatea.....
 Județul.....

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURĂTORILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP / Număr de identificare / Număr de identificare personal asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/îngrijirile paliative la domiciliu*)	Tarif **) /zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS**) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
1									
	Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal 1								
2								x	
	Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal 2								
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP/cod unic de identificare / Număr de identificare personal al 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. 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 prevăzute în decizia pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate și stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art.2 alin. (2), art. 5 alin.(2) și art. 9 alin.(3) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului Sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.
 ***) Conform art. 9 alin.(3) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului Sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

1. Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
 2. Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu
- Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din anexa 5-b se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

1.1 DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE REABILITARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	% **) decontat de CAS	Suma contractata ***)	Total sumă realizată ****)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6</i>	<i>C7</i>	<i>C8 = C4xC5x C6</i>
1.	Servicii de reabilitare medicală				65%		
					100%		
	TOTAL			X	X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin. (2) lit. b) din anexa nr.34 la Ordinul nr. 388/186/2015.

***) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. 388/186/2015.

****) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților, conform art.1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. 388/186/2015.

*****) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 alin. (2) din Anexa nr. 34 la Ordinul nr. 388/186/2015; Col. C8 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. 388/186/2015.

1.2 DESFĂȘURĂTORUL C.N.P.- URILOR / CODURILOR UNICE DE IDENTIFICARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE REABILITARE MEDICALA ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	C.N.P. / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	%*) decontat de CAS
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
	TOTAL		X

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. 388/186/2015.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din anexa 6-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Anexa 6-b

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

**1.1 DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE ACORDATE ÎN
 SANATORII (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) / SECȚII SANATORIALE DIN
 SPITALE ȘI ÎN PREVENTORII**

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	Suma contractata	Total sumă realizată**)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	$C6=C3 \times C5$	$C7 = C4 \times C5$
	TOTAL			X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din anexa nr. 34 la Ordinul 388/186/2015;

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 și art.6 alin.(2) din anexa nr. 34 la Ordinul nr. 388/186/2015;

**1.2 DESFĂȘURĂTORUL C.N.P.-URILOR/ CODURILOR UNICE DE
 ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE
 SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE ACORDATE ÎN SANATORII (ALTELE DECÂT
 CELE BALNEARE), SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE ȘI ÎN PREVENTORII**

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	C.N.P. / Cod unic de asigurare / Numar de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
	TOTAL	

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 6-b se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie /

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/

.....

**MIȘCAREA LUNARĂ
A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL
MEDICULUI DE FAMILIE
ÎN LUNA..... ANUL.....**

I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de identificare/ Numar 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 INCHEIERII 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 CRONICA 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 medicului de familie *)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII 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				
-------	--	--	--	--

*) Conform anexei 2-D la Ordinul nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

***) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. Formularele din anexa 7-a se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 7-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,**

.....

**Validat de casa de asigurări
de sănătate**

.....

Data:

Anexa 7-b

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate din ambulatoriu

.....

**MIȘCAREA LUNARĂ
A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL
MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU
ÎN LUNA..... ANUL.....**

I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de identificare / Numar de identificare personal	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data intrării în evidență medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidență medicului de specialitate din ambulatoriu
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ ***)					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA 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 in evidenta medicului de specialitate din ambulatoriu

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu*)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	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 SPECIALITATE DIN AMBULATORIU				
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, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT 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				

*) Conform Anexei 2-D la Ordinul nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

***) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

3. Formularele din anexa 7-b se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 7-b se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,**

.....

**Validat de casa de asigurări
de sănătate**

.....

Data:

Societatea Comercială
 Farmacia.....adresa
 Nr. contractîncheiat cu CAS.....
 Nr.Data

Anexa 8-a

1.1 Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu pentru lunaanul care însoțește factura seria Nr...../data

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescripție	Cod parafa medic	CNP /CID/ Nr. de identificare personal	Nr. card european	*Nr. și serie pașaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Țara	Valoare prescripție	Valoare compensare din care:	sublista	sublista	lista C	lista C
	Nr. ord.	Data											A	B	secțiunea C1	secțiunea C3
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2																
.....																
n																
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						

Col (1) - se înscrie nr. crt. care trebuie sa fie același cu nr de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura

*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, întelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0-700 lei

Borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Semnătura

Reprezentant legal al SC. Farmacia

Anexa 8-a

Societatea Comercială.....
 Farmacia.....adresa
 Nr. Contractîncheiat cu CAS.....
 Nr. Data

1.2 Extras borderou centralizator
rețete prescrise de medicul de familie urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii
pentru lunaanul

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescripție	Cod parafa medic	CNP /CID /Nr. de identificare personal	*Nr. și serie pașaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Țara	Valoare prescripție	Valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	lista C secțiunea C1	lista C secțiunea C3
	Nr. ord.	Data													
1	2	2.2.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2															
.....															
n															
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x						

Col (1) - se înscrie nr.crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente
 Total Coloana (11) = coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) +coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din Anexa 8-a, tabelul 1.1
 *se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8)
 **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), (7) sau (8)
 Coloana (13) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionarii 0-700 lei
 Extrasul se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Semnătură

Reprezentant legal al SC. Farmacia

Societatea Comercială / Unitatea sanitară

Anexa 8-a

Farmacia.....adresa

Nr. Contractîncheiat cu CAS.....

Nr.Data

**1.3 Extras borderou centralizator
rețete eliberate pentru titularii de card european
pentru lunaanul**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID /Nr. de identificare personal	Nr. card european	Tara	Valoare prescriptie	Valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	lista C sectiunea C1	lista C sectiunea C3
	Nr. ord.	Data											
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2													
.....													
n													
Total	x	x	x	x	x	x	x						

Col (1) - se înscrie nr.crt. care trebuie să fie același cu nr de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) si este inclusă în total coloana (12) din Anexa 8-a, tabelul 1.1

Coloana (11) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0-700 lei

Extrasul se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor**Semnătură****Reprezentant legal al SC.Farmacia**

Societatea Comercială.....

Anexa 8-a

Farmacia.....adresa

Nr. Contractîncheiat cu CAS.....

Nr.Data

1.4 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 lunaanul..... lei.....

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescripție	Cod parafa medic	CNP /CID /Nr. de identificare personal	Nr. și serie pașaport	*Tip document	Țara	Valoare prescripție	Valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	lista C secțiunea C1	lista C secțiunea C3
	Nr. ord.	Data												
1	2	2.2.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2														
.....														
n			x	x	x	x	x	x						
Total	x	x	x	x	x	x	x	x						

Col (1) - se înscrie nr.crt. care trebuie să fie același cu nr de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente
 Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) +coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din Anexa 8-a, tabelul 1.1
 *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

Coloana (12) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0-700 lei

Extrasul se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Semnătură

Reprezentant legal al SC.Farmacia

Societatea Comercială

Anexa 8-a

Farmacia.....adresa

Nr. Contractîncheiat cu CAS.....

Nr.Data

**1.5 Extras borderou centralizator
rețete eliberate pentru titularii de formulare europene
pentru lunaanul**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID / Nr. de identificare personal	Nr. și serie pașaport	Tip formular / document European	Țara	Valoare prescripție	Valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	lista C secțiunea C1	lista C secțiunea C3
	Nr. ord.	Data												
1	2	2.2.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2														
.....														
n														
Total	x	x	x	x	x	x	x	x						

Col (1) - se înscrie nr.crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente
 Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) +coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din Anexa 8-a, tabelul 1.1
 Coloana (12) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0-700 lei
 Extrasul se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor**Semnătură****Reprezentant legal al SC.Farmacia**

Societatea Comercială

Anexa 8-b

Farmacia.....adresa

Nr. Contractîncheiat cu CAS.....

Nr.Data

Extras borderou centralizator DCI-uri boli cronice cu aprobarea comisiilor de experți CNAS

pentru lunaanul

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP /CID / Nr. de identificare personal	Nr. card european	*Nr. și serie pașaport	Tip formular /document European	**Tip document	***Țara	Valoare prescripție	Valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	lista C secțiunea C1	lista C secțiunea C3
	Nr. ord.	Data														
1	2	2.2.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2																
.....																
n																
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru lista C1, respectiv pe fiecare cod de boală pentru celelalte liste, după caz.

Col (1) - se înscrie nr.crt. care trebuie să fie același cu nr de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) și este inclusă în total coloana (12) din Anexa 8-a, tabelul 1.1

*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)

Borderoul centralizator se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor**Semnătură****Reprezentant legal al S.C. Farmacia**

Societatea Comercială

Anexa 8-c

Farmacia.....adresa

Nr. Contractîncheiat cu CAS.....

Nr.Data

**Borderou centralizator pensionari 0-700 lei
pentru lunaanul**
care însoțește factura seria nr...../data

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescriptie	Cod parafă medic	CNP /CID / Nr. de identificare personal	Valoare prescriptie	Valoare compensare, din care:	Valoare compensare CNAS 50%	*Valoare compensare MS 40%
	Nr. ord.	Data							
1	2	2.2.	3	4	5	6	7	8	9
2									
.....									
n									
Total	x	x	x	x	x				

*se completează numai total coloana

Col (1) - se înscrie nr.crt. care trebuie să fie același cu nr de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente

Total Coloana (7) = reprezintă suma pentru care s-a emis factura

Borderoul centralizator se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor**Semnătură****Reprezentant legal al SC. Farmacia**

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

