



f) *licența audiovizuală națională* — licența care dă dreptul la o difuzare a cărei zonă geografică de acoperire cuprinde o audiență potențială de peste 60% din populația recensată a țării;

g) *licența audiovizuală regională* — licența care dă dreptul la o difuzare a cărei zonă geografică de acoperire reprezintă o audiență potențială cuprinsă între 3% și 20% din populația recensată de pe teritoriul a 3 până la 8 județe;

h) *licența audiovizuală locală* — licența a cărei zonă geografică de acoperire și a cărei audiență potențială sunt mai mici decât cele prevăzute pentru o licență regională; licențele audiovizuale acordate pentru municipiul București sunt considerate licențe locale;

i) *reprezentant* — reprezentantul legal sau orice persoană împuternicită prin procură specială să angajeze societatea în relația cu Consiliul Național al Audiovizualului.

### Organizarea concursului și condițiile de participare

Art. 3. — (1) Consiliul Național al Audiovizualului anunță public concursurile de acordare a licențelor audiovizuale pentru serviciile de programe de radiodifuziune sonoră și de televiziune.

(2) Anunțul va fi publicat în presă, pe site-ul Consiliului Național al Audiovizualului la adresa [www.cna.ro](http://www.cna.ro) și va fi afișat la sediul instituției.

(3) La concurs pot participa numai solicitanții care se încadrează în prevederile art. 43 alin. (3) și (6), art. 44 alin. (8) și (9), ale art. 47 și 53 din Legea audiovizualului nr. 504/2002, cu modificările și completările ulterioare, și care au obținut avizul tehnic eliberat de Inspectoratul General pentru Comunicații și Tehnologia Informației, în condițiile stabilite de acesta.

(4) În termen de 20 de zile de la obținerea avizului tehnic, solicitanții vor prezenta spre avizare dosarele de înscriere la concurs Comisiei de verificare constituite în acest scop la sediul Consiliului Național al Audiovizualului.

(5) Programul de funcționare al comisiei este de la ora 9,00 la ora 16,00, cu excepția ultimei zile de depunere, când acesta este de la ora 9,00 la ora 14,00.

(6) Dosarele avizate se înregistrează la Serviciul secretariat și registratură al Consiliului Național al Audiovizualului, iar dosarele care nu îndeplinesc condițiile Legii nr. 504/2002 se restituie pe loc solicitanților.

Art. 4. — (1) Dosarul de înscriere la concurs va conține următoarele documente:

a) cererea de înscriere la concurs, conform formularului-tip prevăzut în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezenta decizie;

b) certificatul de înregistrare/înmatriculare a societății comerciale, în copie legalizată;

c) actul constitutiv al societății comerciale, având înscris obiectul de activitate solicitat, cu toate modificările și completările ulterioare, în copie;

d) certificatul constatator eliberat de oficiul registrului comerțului cu privire la obiectul de activitate și la structura acționariatului existent la momentul solicitării licenței audiovizuale;

e) declarații notariale prin care societatea comercială care solicită acordarea licenței, precum și fiecare asociat sau acționar care deține o cotă mai mare de 20% din capitalul social al societății declară pe propria răspundere dacă este investitor sau acționar, direct ori indirect, la alte societăți de comunicație audiovizuală, cu precizarea procentului deținut din capitalul social al acestora;

f) cazierul judiciar ale persoanelor fizice ce dețin o cotă mai mare de 10% din capitalul ori drepturile de vot în societatea comercială;

g) avizul tehnic eliberat de Inspectoratul General pentru Comunicații și Tehnologia Informației;

h) proiectul editorial conținând formatul de principiu al serviciului de programe, procentele rezervate operelor europene, operelor românești și operelor europene create de producători independenți, procentul diferitelor genuri de emisiuni/programe, sursele exterioare de programe, alte argumente ce pot fi utile în susținerea proiectului editorial;

i) proiectul tehnic conținând dotarea tehnică a studiourilor și a grupurilor de editare, dotările pentru transmisiuni exterioare, alte argumente ce pot fi utile în susținerea proiectului tehnic;

j) proiectul financiar conținând planul și sursele de finanțare, resursele publicitare și rentabilitatea previzionată, alte elemente financiare care permit aprecierea capacității de susținere financiară a proiectului;

k) structura serviciului de programe, potrivit formularului prevăzut în anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezenta decizie;

l) elementele de identificare a serviciului de programe, în condițiile alin. (2);

m) lista publicațiilor editate de solicitant și lista celorlalte servicii de programe audiovizuale pe care le asigură.

(2) Elementele de identificare a serviciului de programe sunt, după caz:

a) pentru serviciile de programe de televiziune — sigla postului prezentată grafic sau înregistrată analogic pe casetă VHS, cu viteză normală sau longplay;

b) pentru serviciile de programe de radiodifuziune sonoră — semnalele de identificare înregistrate pe casetă audio standard.

Art. 5. — (1) Desfășurarea concursului de acordare a licențelor audiovizuale va începe în termen de 20 de zile de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor.

(2) Solicitanții vor fi anunțați cu cel puțin 5 zile înainte de data prezentării lor la concurs.

Art. 6. — La concurs solicitanții vor fi reprezentați de o echipă formată din cel mult 5 persoane împuternicite să furnizeze membrilor Consiliului Național al Audiovizualului explicații în probleme referitoare la:

a) statutul societății, situația juridică, structura de capital, alte probleme manageriale;

b) formatul de principiu al serviciului de programe, structura programelor, alte probleme specifice departamentului editorial;

c) capacitățile de producție prevăzute, realizarea și echiparea studioului, alte probleme specifice departamentului tehnic;

d) capacitatea de susținere financiară a proiectului.

Art. 7. — (1) După audierea solicitanților, Consiliul Național al Audiovizualului va decide asupra acordării licenței audiovizuale, în baza următoarelor criterii generale:

a) respectarea interesului public;

b) asigurarea unui raport echilibrat între serviciile de programe naționale, regionale și locale;

c) evitarea abuzului de poziție dominantă și a practicilor care împiedică libera concurență;

d) experiența solicitantului în activitățile din domeniul comunicării audiovizuale, dacă este cazul.

(2) De asemenea, Consiliul Național al Audiovizualului decide asupra acordării licenței audiovizuale luând în considerare și următoarele criterii de apreciere a structurii și formatului de principiu ale serviciului de programe:

a) respectarea drepturilor fundamentale ale omului și protecția minorilor;

b) respectarea pluralismului politic și social, diversitatea culturală, lingvistică și religioasă, informarea, educarea și divertismentul publicului;

c) protejarea culturii și a limbii române, a culturii și a limbilor minorităților naționale;

d) durata totală cotidiană de difuzare a serviciului de programe;

e) genul, orarul și durata de difuzare și de redifuzare a emisiunilor;

f) procentul alocat programelor locale, în cazul licențelor audiovizuale regionale și locale.

Art. 8. — (1) În acordarea licențelor audiovizuale pentru difuzarea serviciilor de programe de televiziune Consiliul Național al Audiovizualului va ține cont în mod obligatoriu de angajamentele solicitantului în ceea ce privește procentele rezervate operelor europene, operelor românești și operelor europene create de producători independenți.

(2) Sunt exceptate de la prevederile art. 1 serviciile de programe de televiziune care îndeplinesc simultan următoarele condiții:

a) au o audiență potențială de până la 3% din populația recensată a țării;

b) nu difuzează filme artistice de lung metraj și seriale pentru televiziune;

c) conținutul serviciului de programe este exclusiv de interes local.

(3) Serviciile de programe de televiziune difuzate în baza unei licențe acordate pentru municipiul București sunt exceptate de la prevederile art. 1 dacă îndeplinesc simultan următoarele condiții:

a) nu difuzează filme artistice de lung metraj și seriale pentru televiziune;

b) conținutul serviciului de programe este exclusiv de interes local.

Art. 9. — Decizia de acordare a licențelor audiovizuale se aduce la cunoștință publică.

Art. 10. — Titularul licenței audiovizuale acordate în urma concursului va solicita Inspectoratului General pentru Comunicații și Tehnologia Informației eliberarea licenței de emisie în termenul și în condițiile stabilite de acesta.

#### **Procedura de eliberare a deciziei de autorizare audiovizuală**

Art. 11. — În termen de 10 zile de la obținerea autorizației tehnice de funcționare acordate de Inspectoratul General pentru Comunicații și Tehnologia Informației, în condițiile stabilite de acesta, titularul licenței audiovizuale are obligația să solicite Consiliului Național al Audiovizualului eliberarea deciziei de autorizare.

Art. 12. — (1) Titularul licenței audiovizuale va prezenta spre avizare la Direcția licențe control din cadrul Consiliului Național al Audiovizualului dosarul de solicitare a deciziei de autorizare, care va conține următoarele documente:

a) cerere conform formularului-tip prevăzut în anexa nr. 3 care face parte integrantă din prezenta decizie;

b) autorizația tehnică de funcționare, în original și în copie;

c) licența de emisie, în original și în copie;

d) lista echipamentelor și schița spațiilor redacționale și de producție;

e) copia contractului de închiriere sau a actului de proprietate a spațiilor destinate realizării serviciului de programe;

f) lista persoanelor responsabile de conducerea societății comerciale și a celor care își asumă, în principal, responsabilitatea editorială, numerele de telefon și adresele la care pot fi contactate.

(2) Dosarul avizat va fi înregistrat la Serviciul secretariat și registratură al Consiliului Național al Audiovizualului.

Art. 13. — (1) În termen de 15 zile de la avizarea dosarului de solicitare, dar nu mai mult de 30 de zile de la obținerea autorizației tehnice de funcționare, Consiliul Național al Audiovizualului decide asupra acordării deciziei de autorizare, în baza verificării la sediul radiodifuzorului a îndeplinirii condițiilor tehnice și editoriale declarate.

(2) Verificarea la sediul radiodifuzorului va fi realizată de o echipă a Consiliului Național al Audiovizualului formată din membri ai acestuia, experți și juriști.

Art. 14. — Titularul licenței audiovizuale poate efectua transmisii de probă, pentru o perioadă de cel mult 15 zile, dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

a) a depus la Consiliul Național al Audiovizualului dosarul de solicitare a deciziei de autorizare audiovizuală;

b) a adus la cunoștință Consiliului Național al Audiovizualului intenția de începere a transmisiilor de probă, cu cel puțin 72 de ore înainte, precizând intervalul orar zilnic de difuzare.

c) difuzează numai semnale de reglaj, video și/sau audio, semnale de identificare a serviciului de programe și fond muzical.

Art. 15. — Difuzarea serviciului de programe trebuie să înceapă în cel mult 30 de zile de la obținerea deciziei de autorizare audiovizuală.

Art. 16. — (1) Radiodifuzorii au obligația să comunice Consiliului Național al Audiovizualului orice modificare intervenită în documentele și datele declarate prevăzute la art. 4 alin. (1) lit. b), c), d), e), k) și l), în termen de 30 de zile de la data apariției modificării, anexând spre notificare noile documente.

(2) Modificarea denumirii serviciului de programe poate fi efectuată numai după obținerea aprobării Consiliului Național al Audiovizualului.

Art. 17. — Licența audiovizuală nu poate fi cedată decât după o perioadă de minimum 6 luni de la data începerii difuzării serviciului de programe.

Art. 18. — (1) Licența audiovizuală a cărei durată de valabilitate expiră de drept poate fi prelungită la cererea titularului pentru încă o perioadă de 9 ani.

(2) Cererea de prelungire se depune la Consiliul Național al Audiovizualului cu cel puțin 15 zile înainte de expirarea duratei de valabilitate a licenței și va fi însoțită de următoarele documente, în original:

a) licența audiovizuală;

b) decizia de autorizare;

c) certificatul constatator eliberat de oficiul registrului comerțului cu privire la obiectul de activitate și la structura acționariatului existent la momentul solicitării prelungirii licenței audiovizuale.

(3) În termen de 15 zile de la depunerea solicitării, Consiliul Național al Audiovizualului va elibera noile documente.

Art. 19. — Încălcarea de către radiodifuzori a prevederilor art. 14, 15 și 16 se sancționează potrivit dispozițiilor art. 91 din Legea nr. 504/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 20. — La data intrării în vigoare a prezentei decizii se abrogă Decizia Consiliului Național al Audiovizualului nr. 146 din 2 decembrie 2002 privind acordarea licenței audiovizuale și eliberarea deciziei de autorizare audiovizuală pentru difuzarea pe cale radioelectrică terestră a serviciilor de programe, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 899 din 11 decembrie 2002, cu modificările ulterioare.

p. Președintele Consiliului Național al Audiovizualului,  
**Gabriela Stoica**

București, 17 martie 2005.  
Nr. 213.



CONSILIUL NAȚIONAL AL AUDIOVIZUALULUI București 1, B-dul. Libertății nr. 14, cod 050706 tel.: 021 – 305.53.56 fax.: 021 – 305.53.54 www.cna.ro e-mail: cna@cna.ro	ÎNREGISTRARE C.N.A.
---	---------------------

**ATENȚIE!** Formularul se completează cu litere de tipar. Dacă unele spații sunt insuficiente, adăugați informațiile pe o pagină albă, precizând rubricile la care se referă!

**STRUCTURA SERVICIULUI DE PROGRAME**  
(pentru serviciile de programe difuzate pe cale radioelectrică terestră)

**A. Date de identificare solicitant / titular licență audiovizuală**

A.1. Societatea: .....

A.2. Denumirea serviciului de programe: .....

A.3. Zona de difuzare

Națională       Regională       Locală, pentru localitatea: .....

A.4. Licența audiovizuală nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_

A.5. Decizia de autorizare nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_

**B. Formatul de principiu și structura serviciului de programe**

**B.1. Formatul de principiu:**

Generalist

Tematic, cu precizarea domeniului: .....

**B.2. Structura programelor după surse de proveniență:**

B.2.1 Producție proprie:	%
B.2.2 Producții audiovizuale ale altor producători:	%
B.2.3 Programe retransmise (cu nominalizarea serviciului de programe retransmis)	%
B.2.4 Programe preluate (cu nominalizarea acestora)	%

**B.3. Procente rezervate operelor audiovizuale românești și europene**

B.3.1. Procentul rezervat operelor audiovizuale românești	%
B.3.2. Procentul rezervat operelor audiovizuale europene	%
B.3.3. Procentul rezervat operelor audiovizuale europene create de producători independenți	%
din care, opere recente	%

**B.4. Procentul alocat informațiilor din actualitatea locală și programelor  
dedicate comunității respective.** %

FORMULAR L.A.Ter. 2 AGREAT DE C.N.A. - Vă rugăm, folosiți numai formulare procurate de la C.N.A. sau de pe site-ul www.cna.ro !

\*) Anexa nr. 2 este reprodusă în facsimil.



**B.5. Structura serviciului de programe pe tipuri de programe/emisiuni**B.5.1 Programe de informare<sup>1)</sup>, procent \_\_ %B.5.2 Programe educative, culturale, religioase<sup>2)</sup>, procent \_\_ %B.5.3 Filme, procent \_\_ %  
(de ficțiune, de animație, documentare, seriale)B.5.4 Programe de divertisment<sup>3)</sup> și alte tipuri de programe, procent \_\_ %**B.6. Date privind categoriile de informații difuzate în paginile de teletext (dacă este cazul)****B.7. Mențiuni speciale**

1) Programe/emisiuni care aduc la cunoștință publicului evenimentele din actualitatea cotidiană: buletine de știri, informații și comentarii, comunicate, interviuri, reportaje din țară și din străinătate, știri sportive. Alte programe/emisiuni de informare, axate pe probleme politice - viața parlamentară, activitatea partidelor politice, probleme economice, științifice sau sociale - ori pe evenimente speciale, sub formă de dezbateri.

2) Programe/emisiuni educative - sunt destinate în special procesului de instruire, în care elementul pedagogic joacă un rol important (programe școlare, universitare).

Programe/emisiunile culturale - programe/emisiuni destinate, în principal, stimulării curiozității artistice și/sau intelectuale, reprezentații culturale, activități culturale în sine, programe destinate îmbogățirii cunoștințelor publicului (într-un mod nedidactic) în diverse domenii ale culturii.

Programe religioase - educative sau manifestări religioase.

3) Programele de divertisment cuprind emisiuni al căror conținut predominant este muzica, programe muzical-distractive, spectacole de revistă, de circ, programe sportive (cu excepția informațiilor sportive), alte programe de divertisment.

Data,

Semnătura reprezentantului,

Ștampila solicitantului,

<p>CONSILIUL NAȚIONAL AL AUDIOVIZUALULUI București 1, B-dul. Libertății nr. 14, cod 050706 tel.: 021 – 305.53.56 fax.: 021 – 305.53.54 www.cna.ro e-mail: cna@cna.ro</p>	<p>ÎNREGISTRARE C.N.A.</p>	
<p><b>ATENȚIE!</b> Cererea se completează cu litere de tipar.</p>		
<p><b>Către,</b></p>		
<p align="center"><b>CONSILIUL NAȚIONAL AL AUDIOVIZUALULUI</b> <b>Cerere de eliberare a deciziei de autorizare audiovizuală</b></p>		
<p>Societatea comercială ....., titulară a licenței audiovizuale nr. .... /data ..... și a licenței de emisie nr. .... /data ....., solicită eliberarea deciziei de autorizare audiovizuală pentru difuzarea serviciului de programe de televiziune/radiodifuziune sonoră cu denumirea .....</p>		
<p>Pentru susținerea cererii se anexează dosarul de solicitare întocmit în conformitate cu prevederile Deciziei CNA nr. 213/2005.</p>		
<p>1. Adresa completă a sediului legal al societății: ....., județ .....</p> <p>Tel: _____ Mobil: _____ Fax: _____</p>		
<p align="center"><b>Actele juridice ale societății:</b></p> <p>2. Certificatul de înregistrare/înmatriculare a societății nr. _____ din data _____</p> <p>3. Actul constitutiv al societății: .....</p>		
<p>4. Numele și prenumele reprezentantului legal <sup>1)</sup>: .....</p> <p>5. Adresa completă a reprezentantului legal: .....</p> <p>Tel: _____ Mobil: _____ Fax: _____</p>		
<p align="center"><b>Date tehnice privind difuzarea serviciului de programe:</b></p> <p>6. Zona de difuzare a serviciului de programe:</p> <p><input type="checkbox"/> Națională    <input type="checkbox"/> Regională    <input type="checkbox"/> Locală, pentru localitatea: .....</p> <p>7. Autorizația tehnică de funcționare nr. _____ din data _____</p> <p>8. Frecvența / Canalul solicitat:                      PAR (W) =                      Hef (m) =</p>		
<p><b>Data,</b></p>	<p><b>Semnătura reprezentantului,</b></p>	<p><b>Ștampila,</b></p>
<p align="center"><b>VIZA Direcției Licențe Control,</b></p>		
<p><i>1) Se va atașa delegația de împuternicire a reprezentantului legal.</i></p>		

FORMULAR L.A.Ter. 3 AGREAT DE C.N.A. - Vă rugăm, folosiți numai formulare procurate de la C.N.A. sau de pe site-ul www.cna.ro !

\*) Anexa nr. 3 este reprodusă în facsimil.

**ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**DECIZIE****pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale**

Având în vedere:

- art. 15 lit. d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 52/2005;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005;
- Referatul Direcției generale relații cu furnizorii nr. DGA/IV/109 din 21 februarie 2005, în temeiul prevederilor art. 77 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următoarea decizie:

Art. 1. — (1) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și 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. 1a—1i.

(2) Se aprobă utilizarea formularelor 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. 2a—2n și anexei nr. 7 (Scrisoare medicală).

(3) Se aprobă utilizarea formularelor 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. 3a—3g și anexei nr. 7 (Scrisoare medicală).

(4) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar, 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. 4a—4d și anexei nr. 7 (Scrisoare medicală).

(5) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale de îngrijiri 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. 5a, 5b și anexei nr. 7 (Scrisoare medicală).

(6) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare

raportării activității medicilor din asistența medicală de recuperare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6a, 6b și anexei nr. 7 (Scrisoare medicală).

(7) Se utilizează formularele tipizate „Factură fiscală” fără T.V.A. în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate.

Art. 2. — (1) Anexele nr. 1—7\*) fac parte integrantă din prezenta decizie.

(2) Formularele cuprinse în prezenta decizie constituie modele-tip.

Art. 3. — Raportările efectuate de furnizorii de servicii medicale în baza contractelor de furnizare încheiate de aceștia cu casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești în anul 2005, în vederea decontării serviciilor medicale prestate, se realizează potrivit formularelor aprobate prin prezenta decizie.

Art. 4. — Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 51/2004 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 76 și 76 bis din 29 ianuarie 2004, cu modificările și completările ulterioare, își încetează valabilitatea.

Art. 5. — Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului vor duce la îndeplinire prevederile prezentei decizii.

Art. 6. — Prezenta decizie va fi publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

**Cristian Vlădescu**

București, 18 martie 2005.

Nr. 77.

\*) Anexele nr. 1—7 sunt reproduse în facsimil.



Casa de asigurări de sănătate

.....

Cabinet medical.....

Reprezentantul legal al cabinetului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**LISTA ÎNȚĂLĂ A ASIGURĂȚILOR ÎNSCRIȘI****Grupa de vârstă .....\*)**

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01.2005 *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare
1								
2								
:								
N								

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Semnătura și parafa medicului de familie,

.....

**Notă:**

\*) Grupa de vârstă se completează conform art. 1 alin. 2) lit. a) pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2005. 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.

1. Formularul se întocmește în 2 exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, în vederea contractării, de către reprezentantul legal al cabinetului medical și se actualizează **la solicitarea casei de asigurări de sănătate pe baza anexei 1-c și/sau anexei 1-d.**

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

**CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI**

<b>CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL</b>	<b>COD</b>
Copil în cadrul familiei	01
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	02*
Salariat	03
Pensionar pentru limită de vârstă	04
Pensionar de invaliditate	05*
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	06
Tineri cu vârsta 18-26 ani care sunt elevi, studenți sau ucenici și care nu realizează venituri din muncă	07
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	08
Soț, soție, părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	09
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul Lege nr. 118/1990, modificat prin O.G. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000	10
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994	11
Persoane prevăzute la art. 2 din Legea nr. 42/1990	12
Militari în termen	13
Persoane cu vârsta de peste 18 ani care fac parte din familii beneficiare de ajutor social în baza Legii nr. 416/2001	14
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	15
Liber profesioniști	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul agricol	17
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	18*
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002	19
Alte (ex. magistrați-judecători, procurori, etc. )	20

\* Pentru persoanele nou înscrise pe listă în aceste situații se vor atașa actele doveditoare

Casa de asigurări de sănătate

.....

Cabinet medical.....

Localitatea.....

Județ.....

Reprezentantul legal al cabinetului

.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**MIȘCAREA LUNARĂ A ASIGURAȚILOR  
ÎNSCRIȘI PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE**

ÎN LUNA..... ANUL.....

**A. Intrări/Ieșiri în/din listă**

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01.2005 *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare

ANEXA Nr. 1c (continuare)

**B. Recapitulăția asiguraților înscriși pe lista medicului de familie**

ÎN LUNA..... ANUL.....

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.
<b>sub 1 an – total</b> din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
<b>1-4 ani – total</b> din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
<b>5 - 59 ani – total</b> 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)				
<b>60 ani și peste – total</b> din care:				
persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență fără medic încadrat				
<b>TOTAL</b>				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Semnătura și parafa medicului de familie,

.....

**Notă:**

Mișcarea asiguraților pe grupe de vârstă se face anual, la data de 1 ianuarie, luând în considerare vârsta împlinită la acea dată. Excepție fac asigurații din grupa de vârstă sub 1 an, pentru care mișcarea se face lunar, până la împlinirea vârstei de 1 an.

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

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

La grupa de vârstă 5-59 : totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate

1. Formularul se întocmește în 2 exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al cabinetului medical în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

Casa de asigurări de sănătate  
.....**CONFIRMAREA ASIGURAȚILOR ÎNSCRIȘI \***

Către Cabinet medical.....

Localitatea.....

Județ.....

**STRUCTURA PE VÂRSTE****NUMĂR ASIGURAȚI****SUB 1 AN**din care copii încredințați sau  
dați în plasament**1 - 4 ANI**din care copii încredințați sau  
dați în plasament**5 - 59 ANI**

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)**60 ANI ȘI PESTE**

din care:

- persoane instituționalizate în centre de  
îngrijire și asistență fără medic încadrat**TOTAL**Casa de asigurări  
de sănătate

Am luat la cunoștință

Data: .....

Data: .....

\*) Se completează pentru lunile în care se constată că există înscriși care și-au pierdut calitatea de asigurat prin neplata contribuției în urma verificării formularelor "Lista inițială a asiguraților înscriși" - pe grupe de vârstă și a anexei 1-c tabelul B. Aceasta confirmare a asiguraților înscriși cu anexarea listei de asigurați ( cu specificarea obligatorie a Codului Numeric Personal ) se completează în două exemplare de către compartimentul de resort din cadrul casei de asigurări de sănătate din care unul se înaintează reprezentantului legal al cabinetului medical până la data următoarei raportări.



Casa de asigurări de sănătate

.....

Cabinet medical.....

Reprezentantul legal al cabinetului

Localitatea.....

.....

Judet.....

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”**

Grupa de vârstă	Nr.puncte/pers./an	Nr. pers.la sfârșitul lunii precedente	Nr. puncte rezultat (col.2 x col.3)
1	2	3	4
<b>Sub 1 an</b>	<b>14,5</b>		
	<b>18,5</b>		
<b>1-4 ani</b>	<b>12</b>		
	<b>16</b>		
<b>5-59 ani</b>	<b>10</b>		
	<b>13</b>		
	<b>12,5</b>		
<b>60 ani și peste</b>	<b>12,5</b>		
	<b>14,5</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite

I.)

a) Dacă total col.4 mai mic de 23.000 --&gt; Total col.4 = .....

b) Dacă total col.4 mai mare de 23.000 -->  $23.000 + (\text{Total col.4} - 23.000) \times 0,25 = \dots\dots\dots$ 

II.) Pentru cabinetele medicale individuale din mediul rural, org. cf. OG 124/1998, republicată cu modificările ulterioare, care au un medic angajat cu contract individual de muncă :

a) Dacă total col.4 mai mic de 35.000 --&gt; Total col.4 = .....

b) Dacă total col.4 mai mare de 35.000 -->  $35.000 + (\text{Total col.4} - 35.000) \times 0,25 = \dots\dots\dots$ 

III.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 29 din Contractul cadru și care beneficiază în primele 3 luni de la încheierea contractului :

- 80 % din numărul total de puncte rezultat conform pct.I, lit. a) sau b) = .....

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

## 2. Corecția numărului de puncte „per capita” în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea:

a)

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie	Ajustarea numărului de puncte "per capita" pe lună		Total număr de puncte lunar (col.1 ± col.2 + col.3)
	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col.1 x procent de majorare/diminuare)	Condiții în care se desfășoară activitatea (col.1 x procent de majorare)	
1.	2.	3.	4.

b) Pentru cabinetele medicale individuale din mediul rural, org. cf. OG 124/1998, republicată cu modificările ulterioare, care au un medic angajat cu contract individual de muncă

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie	Ajustarea numărului de puncte "per capita" pe lună			Total număr de puncte lunar (col.1 ± col.2 ± col.3+col.4)
	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului titular*)	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului angajat**)	Condiții de muncă (col.1 x procent de majorare)	
1.	2.	3.	4	5

\*) corecția în raport cu gradul profesional al medicului titular se aplică la un număr de puncte de până la 23.000 inclusiv;

\*\*) corecția în raport cu gradul profesional al medicului angajat se aplică pentru punctele rezultate prin diferența între punctele din col.1 și cele la care se aplică corecția în raport cu gradul profesional al medicului titular; (23.000 puncte )

## 3. Recapitulatie punctaj pentru persoane 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 pct.2.a) col.4 sau pct.2. b) col.5	Total puncte "per capita" luate în calculul drepturilor  col.3 col.4 x ----- col.1
1.	2.	3.	4.	5.

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

## 4. Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/ lună sau nr. de ore	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Imunizări conform programului național de imunizări	X	X	*)
2. Examen de bilanț copii :			
- la externarea de la maternitate la domiciliul copilului	15		
- la 1 lună, la domiciliul copilului	15		
- la 2 luni	8		
- la 4 luni	8		
- la 6 luni	8		
- la 9 luni	8		
- la 12 luni	8		
- la 15 luni	6		
- la 18 luni	6		
3. Control medical anual al asiguraților cu vârsta cuprinsă între 2 – 18 ani	3		
4. Control medical anual al asiguraților în vârstă de peste 18 ani	3		
5. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență	40/lună		
6. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist	20/caz confirmat		
7. Supravegherea gravidei și urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni	X	X	**)
8. Servicii medicale acordate în cadrul centrelor de permanență	10 /oră		
9. Servicii medicale acordate de medicul de familie care domiciliază în localitățile rurale în care nu sunt organizate centre de permanență			
- între orele 20,00 - 8,00	20 /solicitare		
- până la orele 20,00	15 /solicitare		
<b>TOTAL PACHET BAZA</b>	<b>X</b>		

\*) Se va trece totalul din anexa 1-f cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

\*\*\*) Se va trece total pct. 6 col. 4 din anexa 1-f bis

**Notă:** Formularul de la punctul 4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical (exceptând imunizările, care se raportează conform precizărilor de la Anexa 1-f) raportările pe cod numeric personal (CNP) a serviciilor medicale efectuate

**5. Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale**

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/lună	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență	6/solicitare		
2. Depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
3. Servicii de planificare familială	4/solicitare		
<b>TOTAL PACHET MINIMAL</b>	<b>X</b>		

**Notă:**

- Se raportează și se decontează o singură consultație pe persoană pentru fiecare situație de urgență;
- Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspiciată și confirmată;
- Se decontează un singur serviciu medical ( consiliere de planificare familială a femeii și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc) la o perioadă de minimum 3 luni.

**Notă:** Formularul de la punctul 5 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical raportările pe cod numeric personal (CNP) a serviciilor medicale efectuate

**6. Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ**

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/lună	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență	6/solicitare		
2. Depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
3. Supravegherea gravidei	X	X	***)
4. Imunizări conform programului național de imunizări	X	X	****)
<b>TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV</b>	<b>X</b>		
<b>TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU</b>	<b>X</b>		

**Notă:**

- Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspiciată și confirmată;
- Formularul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical ( exceptând imunizările, care se raportează conform precizărilor de la Anexa 1-f) efectuat raportările pe cod de identificare a persoanelor beneficiare a acestor servicii medicale

\*\*\*) Se va trece total pct.6 col. 5 din anexa 1-f bis

\*\*\*\*) Se va trece totalul din anexa 1-f cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al cabinetului

.....

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al cabinetului medical în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

## ANEXA Nr. 1f

Casa de asigurări de sănătate  
 Cabinet medical.....  
 Localitate.....  
 Județ.....

Reprezentantul legal al cabinetului

Medic de familie.....  
 (nume prenume)

CNP medic de familie.....

**DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU IMUNIZĂRI ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ / PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV**

PENTRU LUNA .....

Denumirea serviciului medical	Total persoane catagrafiate din: *		Total persoane imunizate din:		Procent realizat de imunizări **	Nr. imunizări egal cu 95%		Nr. imunizări ce depășesc 95%		Nr. puncte/ imunizare aferent la peste 95% din imunizări	Nr. total puncte pe luna	
	lista proprie	școli	lista proprie	școli		lista proprie	școli	lista proprie	școli			
C1	C2	C3	C4	C5	C6=(C4+C5)/(C2+C3)x100	C7=95xC2/100	C8=95xC3/100	C9=C4-C7	C10=C5-C8	C11	C12	**):C13=(C7+C8)xC11+(C9+C10)xC12
I. Imunizări												
antituberculoasă										4	8	
vaccin BCG										4	8	
revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primă vaccinare										4	8	
testare PPD										4	8	
antihapatita B										4	8	
antipoliomielitică VPO										4	8	
împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)										4	8	
antitușolic și antitrușolic-antitrușolic-antitrușolic										4	8	
împotriva difteriei, tetanosului - DT (revaccinare)										4	8	
împotriva difteriei, tetanosului - la adulți dT (revaccinare)										4	8	
împotriva tetanosului - dT sau VTA										4	8	
antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut										4	8	
alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății										4	8	
<b>TOTAL</b>												

\*) Reprezintă asigurări de pe lista proprie + pers. neînscrise pe lista proprie dar repartizate de către DSP medicului de familie pt efectuarea imunizărilor în școli conform art. 1 alin. 3) lit.a din Anexa 2 la

Ordinul nr. 56/45/2005

\*\*) Dacă procentul realizat este sub 95% nu se completează coloanele 7-10. În acest caz numărul total de puncte din col.13 va fi (C4+C5)xC11

**Notă:**

- În cazul în care forma de prezentare a vaccinurilor include mai multe tipuri de vaccin nominalizate mai sus și care necesită o singură inoculare, acestea se raportează o singură dată (inocularea respectivă) cu o notă explicativă care să cuprindă tipurile de vaccin administrate în inocularea respectivă și cu confirmarea direcției de sănătate publică
- Formularul se va completa separat pentru fiecare pachet de servicii medicale (pachet de servicii medicale de bază + pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ) care cuprinde imunizările conform programului național de imunizări;

Formularul se întocmește în două exemplare de către medicul de familie pentru fiecare pachet de servicii medicale ( pachet de servicii medicale de bază + pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ) , din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al cabinetului în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară;

Formularul va fi însoțit de lista cuprinzând rapoartele nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Semnătura și parafa medicului de familie

.....





ANEXA Nr. 11 bis (continuare)

6. Supravegherea gravidei	Total gravide asigurate din lista proprie consultate	Total gravide consultate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ	Nr. puncte	Nr. total puncte pe lună - pachet bază	Nr. total puncte pe lună - pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ
0	1	2	3	4 = 1 x 3	5 = 2 x 3
Luarea în evidență în primul trimestru			10		
Supravegherea:					
luna a 3-a			8		
luna a 4-a			8		
luna a 5-a			8		
luna a 6-a			8		
luna a 7-a			8		
luna a 8-a			8		
luna a 9-a			8		
Urmărirea leuzei:					
la ieșirea din maternitate			8		
la 4 săptămâni			8		
<b>Total pct.6</b>			<b>x</b>		
<b>TOTAL GENERAL</b>					

\* Se completează și se atașează la factura lunară prezentată casei de asigurări de sănătate de către fiecare medic de familie

\*\* Se acordă pe caz trimis la medicul specialist și confirmat de acesta

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Semnătura și parafa medicului de familie

Formularul se întocmește în două exemplare de către medicul de familie, din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al cabinetului în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară;

ANEXA Nr. 1g

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**

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

<sup>1)</sup> Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0

\* Col. 4, pct. 2 lit.a), Col.5, pct.2 lit. b) sau Col. 5, pct 3 după caz din anexa 1-e

\*\* 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 de la Col.4 punctul 6 din Anexa 1-e

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

DIRECTOR ECONOMIC,

Întocmit,

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 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.

**Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o localitate 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 ** col.3 x 1,5	Total sume luate în calculul drepturilor (col.3 + col.4) x col.2./col.1
1.	2.	3.	4.	5.

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



\* Conform Cap. II, art. 28 lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2005, aprobat prin H.G. nr. 52/2005

\*\* Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL,

DIRECTOR ECONOMIC,

Întocmit,

Formularul se întocmește de CAS într-un singur exemplar pentru fiecare medic de familie nou venit și stă la baza completării Anexei 1-i

ANEXA Nr. 1i

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, 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
<b>TOTAL</b>				
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 în condițiile stabilite în norme.

\*\* Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 56/45/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2005

\*\*\* 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 ECONOMIC,

Întocmit,

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 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

.....  
Cabinet medical.....

Reprezentantul legal al cabinetului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

**Număr total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile deosebite de muncă și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) pct. a) și b) din Anexa nr. 9 la Ordinul nr. 56/45/2005**

Nr. total puncte/ luna pentru consultații inițiale, de control și specifice specialității*	Nr. total puncte/ lună pentru servicii și tratamente medicale **	Nr. total puncte/ lună	Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile de muncă (Col.3 x % de majorare)	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional (Col.3 x 20%) ***	Nr. total puncte realizate pe lună
1	2	3 = 1+2	4	5	6 = 3 + 4 + 5

\* Se trece totalul general din anexa 2-a col. 6

\*\* Se trece totalul general din anexa 2-a bis col. 6

\*\*\* Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor conexe actului medical. De asemenea majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al cabinetului,

Semnătura și parafa medicului de specialitate,

.....

.....

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al cabinetului medical, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

ANEXA Nr. 2d

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 ambulatorie de specialitate  
trimestrul.....  
pentru stabilirea valorii definitive a punctului**

<b>Luna</b>	<b>Total puncte<sup>1)</sup> pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate</b>
<i>I.</i>	<i>2.</i>
I.	
II.	
III.	
<b>TOTAL</b>	
Nr. puncte <sup>1)</sup> raportate în plus sau în minus *	

<sup>1)</sup> 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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

DIRECTOR ECONOMIC,

Întocmit.

**Notă:** Formularul se întocmeste în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA Nr. 2e

Casa de asigurari de sanatate.....  
 Unitate sanitara ambulatorie/Centru de diag.si tratament ( apartinand  
 ministerelor cu retele sanitare proprii )

Localitatea.....

Judetul .....

**1. DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN AMBULATORII  
 AUTORIZATE SI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MS SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII**

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical conform Cap. I pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul comun nr. 56/45/2005	Nr. servicii medicale		Tarif negociat * / serviciu	Total sumă contractată *	Total sumă realizată
	Contractat	Realizat			
0	1	2	3	4 = 1 x 3	5 = 2 x 3
<b>TOTAL</b>			X		

\* In limita tarifului prezentat în Cap. I pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul comun nr. 56/45/2005

**2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN  
 AMBULATORII AUTORIZATE SI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MS SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII**

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical conform Cap. I pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul comun nr. 56/45/2005	Nr./dată Fișă sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti/sedinte realizate
0	1	2	3
<b>TOTAL</b>	X	X	

Total col.3 = total col. 2 din tabel 1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

Notă: Formularele se întocmesc în câte 2 exemplare, dintre care unul rămâne la unitatea sanitară iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.



ANEXA Nr. 2f

Casa de asigurari de sanatate.....

Unitatea sanitara\*\* .....

Localitatea.....

Judetul .....

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

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice * / (codul )	Total investigatii paraclinice efectuate	Tarif negociat / investigatie paraclinica stabilit la contractare	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>			X	

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.56/45/2005  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

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

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice * / (codul )	Total investigatii paraclinice efectuate	Tarif negociat / investigatie paraclinica stabilit la contractare	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>			X	

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr. 56/45/2005  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate  
Formularul nu va include investigatiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internati

Răspundem de realitatea și exactitatea  
datelor

Reprezentantul legal

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la unitatea sanitară iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii urm

\*\*) Furnizorii de servicii medicale clinice care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografii, vor utiliza desfasuratoarele 1 si 2 din prezenta anexa

Casa de asigurari de sanatate.....

Unitatea sanitara\*\*.....

Localitatea.....

Judetul .....

**1.Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani), efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie**

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

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice * / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif negociat / investigație paraclinica stabilit la contractare	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>				X

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 si pct. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr. 56/45/2005  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

**2.Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani), efectuate in ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate**

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

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice * / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif negociat / investigație paraclinica stabilit la contractare	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>				X

\* Se completeaza conform cap. II, pct.1 si pct.2 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.56/45/2005  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate  
Formularul nu va include investigațiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internati

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la unitatea sanitară iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

\*\*) Furnizorii de servicii medicale clinice care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografii, vor utiliza desfasuratoarele 1 si 2 din prezenta anexa

ANEXA Nr. 2h

Casa de asigurari de sanatate.....  
 Unitatea sanitara\*\*.....  
 Localitatea.....  
 Judetul .....

**1.Lista pacientilor care au beneficiat de investigatii paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate**

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

Nr. crt.	CNP	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*/ ( codul )	Tariful investigației efectuate ( lei )
C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>			

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.56/45/2005  
 Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate  
 Se vor atașa și documentele de solicitare pentru serviciile de înaltă performanță(RMN și CT)  
 Total col.C3 = (tot. Col. C3 din tab. 1+ tot. col. C3 din tab.2) din Anexa 2-f  
 Total col.C4 = (tot. Col. C5 din tab. 1+ tot. col. C5 din tab.2) din Anexa 2-f

**2.Lista pacienților care au beneficiat de investigatii paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani), efectuate in ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate**

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

Nr. crt.	Cod de identificare	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*/ ( codul )	Tariful investigației efectuate ( lei )
C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>			

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.56/45/2005  
 Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate  
 Se vor atașa și documentele de solicitare pentru serviciile de înaltă performanță(RMN și CT)  
 Total col.C3 = (tot. Col. C3 din tab. 1+ tot. col. C3 din tab.2) din Anexa 2-g  
 Total col.C4 =( tot. Col. C5 din tab. 1+ tot. col. C5 din tab.2) din Anexa 2-g

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

.....

Semnatura si parafa medicului

.....

Notă: Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la unitatea sanitară iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

\*\*) Furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografii, vor utiliza desfasuratoarele 1 si 2 din prezenta anexa

Casa de asigurari de sanatate.....

Unitatea sanitara.....

Localitatea.....

Judetul .....

**Fişa-tip pentru persoanele asigurate beneficiare ale serviciilor medicale  
prestate în centrele de referinţă de diagnostic imagistic**

1. Nume si prenumele asiguratului.....
2. Domiciliul.....
3. Codul Numeric Personal al asiguratului.....
4. CAS la care este luat in evidenta asiguratul.....
5. Numele medicului care a prescris investigatia/investigatiile .....
6. Cod parafa medic .....
7. Contract incheiat cu CAS.....
8. Numar contract incheiat cu CAS.....

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*	Data efectuării investigatiei paraclinice
1	2	3

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1, nota 5 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.56/45/2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

.....

Semnatura si parafa medicului

.....

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la unitatea sanitară iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

ANEXA Nr. 2j

Casa de asigurari de sanatate.....

Unitatea sanitara.....

Localitatea.....

Judetul .....

**Desfășurătorul serviciilor medicale care au stat la baza stabilirii sumei fixe negociate cu centrele de referință de diagnostic imagistic**

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice*	Numărul investigațiilor paraclinice estimat ca necesar	Tarif negociat / investigație paraclinica stabilit la contractare	Numărul investigațiilor paraclinice efectuate
1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>				
<b>SUMA FIXA NEGOCIATĂ</b>				

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1, nota 5 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr. 56/45/2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

.....

Semnatura si parafa medicului

.....

**Notă:** Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la unitatea sanitară iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.











ANEXA Nr. 3a

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

**1.1 SITUAȚIA CAZURILOR (PACIENTI) EXTERNATE ȘI RAPORTATE  
PENTRU LUNA ..... 2005**

Secția	Nr. cazuri externate raportate în aplicația „ DRG Național ”
<b>TOTAL SPITAL</b>	

Datele au fost trimise prin e-mail în data de .....de la spital către INCDS, conform prevederilor Ordinului MSF nr. 29/2003, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al unității sanitare

Notă:

Formularul se întocmește în două exemplare, dintre care unul se transmite la INCDS

ANEXA Nr. 3a (continuare)

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

**1.2 SITUAȚIA CAZURILOR (PACIENTI) EXTERNATE ȘI RAPORTATE\***  
**PENTRU TRIMESTRUL / TRIMESTRELE ..... 2005**

Anul	Luna	Nr. cazuri externate raportate în aplicația „ DRG Național ”
<b>TOTAL SPITAL</b>		

\*) Include numai cazurile transmise spre revalidare și cele neraportate din lunile anterioare

Datele au fost trimise prin e-mail în data de .....de la spital către INCDS, conform prevederilor Ordinului MSF nr. 29/2003, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al unității sanitare

Notă:

Formularul se întocmește în două exemplare, dintre care unul se transmite la INCDS

ANEXA Nr. 3a bis

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE IN SANATATE

2.1 RAPORT DE ACTIVITATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE  
 AL SPITALULUI .....

LUNA ..... 2005

Secția	Nr. cazuri externe raportate în aplicația „ DRG Național ”	Nr. cazuri externe raportate și validate de INCDS	Nr. cazuri externe raportate și nevalidate	ICM realizat
<b>TOTAL SPITAL</b>				

Formularele se transmit de la INCDS/CNAS către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

INSTITUTUL NATIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE IN SANATATE

Director general

ANEXA Nr. 3a.bis (continuare)

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE IN SANATATE

2.2 RAPORT DE ACTIVITATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE  
 AL SPITALULUI .....

TRIMESTRUL / TRIMESTRELE ..... 2005

Secția	Nr. cazuri externe si raportate în aplicatia „ DRG National ”	Nr. cazuri externe, raportate si validate	ICM realizat	Coefficientul cazurilor extreme - K
TOTAL SPITAL				

Formularele se transmit de la INCDS/CNAS către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

INSTITUTUL NATIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE IN SANATATE

Director general

ANEXA Nr. 3b

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

**3.1 DESFĂȘURATOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI PE BAZA  
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE  
PE LUNA .....2005**

Nr. cazuri externe, raportate luna curenta <sup>1</sup>	Nr. cazuri externe, raportate și nevalide în luna anterioară <sup>2</sup>	ICM contractat <sup>3</sup>	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat <sup>4</sup>	Suma contractata	Suma realizata*	Suma rămasă de plată pentru luna curentă
1	2	3	4 = (1-2) x 3	5	6	7 = 4 x 5	8

Formularele se întocmesc lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

\*) Se decontează suma realizata cu respectarea prevederilor art.7 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.18 la Ord. nr. 56/45/2005

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unității sanitare

<sup>1</sup> Conform Anexei 3-a formularul 1.1

<sup>2</sup> Conform Anexei 3-a bis formularul 2.1

<sup>3</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul comun nr. 56/45/2005

<sup>4</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul comun nr. 56/45/2005



ANEXA Nr. 3b bis

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

### 3.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE

PE TRIMESTRUL / TRIMESTRELE .....2005

Nr. cazuri externate raportate si validate <sup>1</sup>	ICM realizat <sup>2</sup>	Nr. cazuri ponderate validate	Tarif pe caz ponderat <sup>3</sup>	Coefficientul cazurilor extreme - K <sup>4</sup>	Suma contractata	Suma realizata*
1	2	3 = 1 x 2	4	5	6	7 = 3 x 4 x 5

Formularele se întocmesc lunar 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 unității sanitare, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art.7 alin. (1), lit. a), pct. 2 din Anexa nr.18 la Ord. nr. 56/45/2005

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unității sanitare

- <sup>1</sup> Conform Anexei 3-a bis formularul 2.2  
<sup>2</sup> Conform Anexei 3-a bis formularul 2.2  
<sup>3</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul comun nr. 56/45/2005  
<sup>4</sup> Conform Anexei 3-a bis formularul 2.2

ANEXA Nr. 3b.bis

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

### 3.3 DESFĂȘURĂTOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU PERIOADA 1-15, LUNA.....2005

Nr. cazuri externate în perioada.....	ICM contractat <sup>1</sup>	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat <sup>2</sup>	Suma de plată*
1	2	3 = 1 x 2	4	5 = 3 x 4

Formularele se întocmesc lunar 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 unității sanitare, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art.7 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.18 la Ord. nr. 56/45/2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unității sanitare

<sup>1</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul nr. 56/45/2005

<sup>2</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul nr. 56/45/2005

ANEXA Nr. 3c

Județul.....  
Localitatea.....  
Spitalul .....

**DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE PRECUM SI PENTRU SECȚIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE**

**1. SUME PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI LUNA/TRIM. ....**

Secția/compartiment*	Nr.cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate realizate	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ***	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment negociat	Total sumă contractată	Sumă realizată****
0	1	2	3	4	5	6 = 1 x 4 x 5	7=2 x 4 x 5sau 7=3x5
<b>TOTAL</b>					X		

\*) compartimente de sine statatoare, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii in structura spitalelor

\*\*) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele recuperare pediatrică-distrofici, TBC pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani) pentru care se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care **suma realizată col.7 = col. 3 x col. 5**

\*\*\*) Conform Anexei nr. 20 la Ordinul comun nr. 56/45/2005. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent

\*\*\*\*) Lunar si trimestrial se deconteaza suma realizata cu respectarea prevederilor art. 7 alin.(1), lit.b din Anexa nr. 18 la Ord. 56/45/2005.

**2. EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL A CAZURILOR EXTERNATE REALIZATE**

LUNA/TRIM. ....

Secția / compartiment*	Nr. Foaie de observatie	CNP** - persoană externată realizata				CAS la care este luat in evidenta asiguratul***
		total din care	beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigura facultativ	
0	1	2	3	4	5	6
<b>TOTAL</b>	X					

\*) compartimente de sine statatoare, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii in structura spitalelor

\*\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ

\*\*\*) se completeaza pentru persoanele beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza

Total col.2 din tab. 2 =total col. 2 din tab. 1sau dupa caz cu total col.1 din tab. 1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii sanitare

.....

**Notă:**

Formularele se întocmesc bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) si cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de catre reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti

ANEXA Nr. 3d

Județul.....  
Localitatea.....  
Spitalul .....

**DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE ÎN ANEXA 18 a) LA ORDINUL 56/45/2005, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE**

**1. SUME PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI LUNA/TRIM. ....**

Secția/compartiment*	Nr.cazuri externe contractate	Nr. cazuri externe realizate	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Total sumă contractată	Sumă realizată**
0	1	2	3	4 = 1 x 3	5 = 2 x 3
<b>TOTAL</b>			X		

\*) compartimentele de acuti de sine statatoare, aprobate prin ordin al ministrului sanatații in structura spitalelor

\*\*\*) Lunar se deconteaza suma realizata cu respectarea prevederilor art. 7 alin.(1), lit.c, pct.1 din Anexa nr. 18 la Ord. 56/45/2005, iar trimestrial in conformitate cu prevederile art. 7 alin.(1), lit.c, pct.2 din Anexa nr. 18 la ordinul mentionat anterior

**2. EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL A CAZURILOR EXTERNATE REALIZATE**

LUNA/TRIM. ....

Secția/compartiment*	Nr. Foaje de observatie	CNP*** - persoana externată realizata			CAS la care este luat in evidenta asiguratul***
		total din care	beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	
0	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>	X				6

\*) compartimentele de acuti de sine statatoare, aprobate prin ordin al ministrului sanatații in structura spitalelor

\*\*\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ

\*\*\*\*) se completeaza pentru persoanele beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza

Total col.2 din tab. 2 =total col. 1 sau dupa caz cu total col.1 din tab. 1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii sanitare

**Notă:**

Formularele se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

ANEXA Nr. 3e

Județul.....  
Localitatea.....  
Spitalul .....

**1. DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN  
REGIM DE SPITALIZARE DE ZI**

LUNA/TRIM. ....

Denumire tip serviciu medical spitalicesc*	Nr. servicii medicale		Tarif** /tipuri de servicii medicale spitalicessti	Total sumă contractată	Total sumă realizată***
	Contractat	Realizat***			
0	1	2	3	5 = 1 x 3	6 = 2 x 3
<b>TOTAL</b>			X		

\*) tipurile de servicii medicale sunt cele prevazute in Ord.MS nr. 440/2003 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare de zi

\*\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicessti se negociaza in conformitate cu prevederile art.5 lit. j) din Anexa nr.18 la Ord. 56/45/2005

\*\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 7 alin. 1), lit. j) din Anexa nr. 18 la Ord. 56/45/2005. Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 18 la Ord. 56/45/2005

**2. EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN  
REGIM DE SPITALIZARE DE ZI**

LUNA/TRIM. ....

Denumire tip serviciu medical spitalicesc*	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Total servicii medicale spitalicessti realizate
0	1	2	3	4
<b>TOTAL</b>	X	X		

\*) tipurile de servicii medicale sunt cele prevazute in Ord.MS nr. 440/2003 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare de zi

Total col. 4 = total col. 2 din tabelul 1

**3. DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA  
LUNA/TRIM. ....**

Nr. Bolnavi		Nr. Sedinte		Tarif negociat*	Suma contractata	Suma realizata**
Cazuri contractate	Cazuri realizate	Contractate	Realizate**			
1	2	3	4	5	6=1 x 3 x 5	7=2 x 4 x 5

\*) nu poate fi mai mare decat tariful prevazut in Anexa nr. 17 la Ord. nr. 56/45/2005

\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 7 alin. 1), lit. j) din Anexa nr. 18 la Ord. 56/45/2005.

Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 18 la Ord. 56/45/2005

Nota: casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 3 sedinte pe saptamana pe bolnav

**4. EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE HEMODIALIZA IN  
INSUFICIENTA RENALA CRONICA**

LUNA/TRIM. ....

CNP beneficiar	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Numar sedinte realizate
1	2	3	4
<b>TOTAL</b>	X		

Total col.1 din tab.4 = total col.2 din tab.3

Total col.4 din tab.4 = total col.4 din tab.3

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii sanitare

.....

**Notă:**

Formularele se întocmesc bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) si cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de catre reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicessti

ANEXA Nr. 3f

Județul.....  
 Localitatea.....  
 Spitalul .....

1. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală-staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

Cheltuieli de personal					
Nr. Salariați	Cheltuieli cu salariile		Contribuții asupra salariilor suportate de unitate	Total cheltuieli de personal	
	Contractat *	Realizat		Contractat *	Realizat
	Efectiv				
<b>Total</b>					

Cheltuieli de întreținere și funcționare, inclusiv medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență

Cheltuieli întreținere și funcționare aferente activității ( inclusiv medicamente si materiale pentru trusa de urgenta), contractate

\*) Conform Actului adițional I la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

2. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în : oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice\*

\*) Conform Actului adițional II la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

**Nota:**

Formularele de decontare se adaptează conform modelelor de formulare de decontare utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

3. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate în structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgență, camera de gardă -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească

Nr. Salariați	Cheltuieli cu salariile		Contribuții asupra salariilor suportate de unitate		Total cheltuieli de personal	
	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat
Total						

Cheltuieli de întreținere și funcționare, inclusiv medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență

Cheltuieli întreținere și funcționare aferente activității (inclusiv medicamente și materiale pentru trusa de urgență), contractate

\*) Conform Actului adițional III la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

4. Sume acordate pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, din fondul alocat din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice \*

\*) Conform Actului adițional IV la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Nota: Formularele de decontare se adaptează conform modelelor de formulare de decontare utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice

5. Sume acordate pentru plata cheltuielilor de personal pentru medici, farmaciști și medici dentisti rezidenți din anii 3-7, sume acordate pentru plata cheltuielilor de personal a medicilor, medicilor dentisti, farmaciștilor stagiași precum și sume acordate pentru plata cheltuielilor pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească

An rezidențial/ personal de cercetare	Număr total		Profil				Cheltuieli de personal		
	Contractat *	Efectiv	Medic	Medic dentist	Farmacisit	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Efectiv
III									
IV									
V									
VI									
VII									
Personal de cercetare			x	x	x	x	x		
Total									

  

Nr. stagiași	Profil	Cheltuieli cu salariile		Din care suma suportată din fondul de șomaj		Contribuția asupra fondului de salarii		Suma suportată de casa de asigurări de sănătate	
		Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat
1	2	3	4	5	6	7	8	9=3-5+7	10=4-6+8
	Medic								
	Farmacisit								
	Medic dentist								
	X								
Total									

\*) Conform Actului adițional V la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești



ANEXA Nr. 3f (continuare)

6. Sume acordate pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuro-psihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr.261/2000, încadrat la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească

Cheltuieli de personal							
Nr. Salariați		Cheltuieli cu salariile		Contribuții asupra salariilor suportate de unitate		Total cheltuieli de personal	
Contractat *	Efectiv	Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat
<b>Total</b>							

\*) Conform Actului adițional VI la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

7. Sume acordate pentru reabilitarea și modernizarea aparatelor radiologice tip ELTEX 400 și a instalațiilor de sterilizare tip ISM, după caz, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească

Sume pentru reabilitarea și modernizarea aparatelor radiologice tip ELTEX 400 și a instalațiilor de sterilizare tip ISM
---

\*) Conform Actului adițional VII la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al unitatii sanitare

.....

**Notă:**

Formularele de la punctele 1-7 se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul.....  
 Localitatea.....  
 Unitate medico-sociala .....  
 Luna.....anul.....

**DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE CONFORM CONTRACTULUI  
 INCHEIAT CU UNITATILE MEDICO-SOCIALE**

**A. Sume aferente cheltuielilor de personal pentru medici și asistenți medicali din unitățile medico-sociale**

Nr. persoane	Cheltuieli cu salariile		Contribuții asupra salariilor suportate de unitate		Total cheltuieli de personal	
	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Realizat	Contractat *	Realizat
Total						

\* Conform contractului de furnizare de servicii medicale

**B. Sume aferente consumului de medicamente și de materiale sanitare**

Total sume	
Contractat *	Realizat**
Total	

\* Conform contractului de furnizare de servicii medicale

\*\* Conform art. 20 litera B) din Anexa nr. 18 la Ord. nr. 56/45/2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al unitatii sanitare

.....

**Notă:**

Formularele se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

ANEXA Nr. 4a

Casa de asigurări de sănătate .....

Unitatea sanitară.....

Localitatea.....

Judeteul.....

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE PENTRU SERVICII MEDICALE SPECIALIZATE PUBLICE**

Tip autovehicul	Total Km echivalenți în mediul urban		Total Km efectiv realizați în mediul rural		Tarif pe km negociat*	Total sumă		% acordat**	Suma decontată***
	Contractați	Efectiv parcurși	Contractați	Efectiv parcurși		Contractată	Realizată***		
1					6			7	8 = (5 sau 6) x 7
<b>TOTAL</b>					X				

\*) Se stabilește în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 din Anexa nr. 24 la Ord.56/45/2005

\*\* Diferența dintre 100% și procentul de diminuare corespunzător gradului de realizare a promptitudinii

Grad de realizare a promptitudinii =  $\frac{\text{Numar de solicitari incadrate in promptitudine}}{\text{Numar total de solicitari}} \times 100 = \dots \%$

Procent de diminuare a sumei decontate = .... %

\*\*\* Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 24 la Ord. 56/45/2005

Unitatile specializate autorizate si acreditate in efectuarea unor servicii de transport sanitar vor utiliza acelasi formular fara a completa coloana 7, situatie in care suma decontata de la col. 8 =(5 sau 6)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

**Notă:**

Formularul se întocmește bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevăzuta în contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

ANEXA Nr. 4b

Casa de asigurări de sănătate .....  
 Unitatea sanitară.....  
 Localitatea.....  
 Județul.....

**DEFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APA PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPECIALIZATE PUBLICE**

Luna/Trim .....ANUL.....

Tip ambarcațiune	Total mile		Tarif pe milă negociat la contractare	Total sumă	
	Contractate	Efectiv parcurse		Contractată	Realizată*
1	2	3	4	5 = 2 x 4	6 = 3 x 4
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 24 la Ord. 56/45/2005

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

**Notă:**  
 Formularul se întocmește bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

ANEXA Nr. 4c

Casa de asigurări de sănătate .....  
 Unitatea sanitară.....  
 Localitatea.....  
 Județul.....

### DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT AERIAN PENTRU SERVICII MEDICALE SPECIALIZATE PUBLICE

Luna/Trim .....ANUL.....

Tip aeronavă	Total ore zbor		Tarif pe oră de zbor negociat la contractare	Total sumă	
	Contractate	Efectiv realizate		Contractată	Realizată*
1	2	3	4	5 = 2 x 4	6 = 3 x 4
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 24 la Ord. 56/45/2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

**Notă:**

Formularul se întocmește bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

ANEXA Nr. 4d

Casa de asigurări de sănătate .....  
 Unitatea sanitară .....  
 Localitatea .....  
 Județul .....

**1. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR**

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A si B din Anexa 23 la Ordinul comun nr. 56/45/2005	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat	Total		Suma decontată**
		Contractat	Realizat		Contractat	Realizat**	
1	2	3	4	5	6=3x5	7=4 x 5	8 = (6 sau 7 ) x % acordat*
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>			<b>X</b>			

\*) Sumă diminuată dacă este cazul cu procentul de diminuare rezultat conform Anexei nr. 4-a

\*\*\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 24 la Ord. 56/45/2005

**2. Evidenta dupa cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenta**

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A si B din Anexa 23 la Ordinul comun nr. 56/45/2005	CNP*		
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigura facultativ
1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>			

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ; Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul din motive justificate se va completa cu 0000000

Total col.3 + total col.4 + total col.5 din tab. 2 = total col. 3 din tab. 1 sau dupa caz cu total col.4 din tab. 1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentant legal

**Notă:**

1. Formularul se întocmește bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

2. Formularul se completeaza distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule, transport aerian si pe apa;







Casa de asigurări de sănătate.....  
 Unitate sanitara ambulatorie de recuperare.....  
 Județul .....

### A. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare efectuate în unitati sanitare ambulatorii de recuperare

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

Nr. crt.	Tipul serviciului medical de recuperare *	Total servicii medicale de recuperare efectuate în cabinete medicale	Tarif/ serviciu medical de recuperare **	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5=C3 x C4
	I. Servicii medicale efectuate în cabinete medicale:	X	X	X
	<b>Subtotal I</b>		X	
	II. Servicii medicale efectuate în bazele de tratament***:	X	X	X
	<b>Subtotal II</b>		X	
	<b>TOTAL GENERAL</b>		X	

\*) Se completează conform lit. A din Anexa nr. 36 la Ordinul comun nr. 56/45/2005

\*\*) Conform lit. A din Anexa nr. 36 la Ordinul comun nr.56/45/2005. Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la art.6 alin.(4) din Anexa nr. 37 la Ord.nr.56/45/2005.

\*\*\*) Serviciile medicale de recuperare acordate în bazele de tratament se raportează conform prevederilor art. 6 alin (3) din Anexa nr. 37 la Ord. nr. 56/45/2005

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

Semnătura și parafa medicului de specialitate

.....

.....

ANEXA Nr. 6a (continuare)

**B. Lista asiguratilor care beneficiază de servicii medicale de recuperare efectuate in unitatile sanitare ambulatorii de recuperare**

Nr. crt.	C.N.P.	Tipuri de servicii medicale de recuperare, efectuate*	Număr servicii medicale de recuperare efectuate
C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>			

Recomandarile pentru tratament de recuperare se fac de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spitale, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare

Total col. C4 din tab. B = tot.col.C3 tab. A din Anexa nr. 6-a

\*) Serviciile medicale de recuperare acordate in bazele de tratament se raporteaza conform prevederilor art. 6 alin (3) din Anexa nr. 37 la Ord. nr. 56/45/2005

Reprezentantul legal .....  
 Răspundem de realitatea și exactitatea datelor .....  
 Semnătura și parafa medicului de specialitate .....

**NOTA:**

Formularul se întocmește lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la medicul specialist, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al cabinetului medical, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Unitatea sanitară.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

ANEXA Nr. 6b

### 1.Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare a sănătății acordate în sanatorii, inclusiv cele balneare si in preventorii

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

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

\*) Se stabileste conform prevederilor art.1 alin.(2), lit. b) din Anexa nr.37 la Ordinul comun nr. 56/45/2005

\*\*\*)In cazul sanatoriilor balneare reprezinta suma negociata diminuata corespunzator cu contributia personala a asiguratilor

\*\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizeaza in conformitate cu prevederile art.2 din Anexa nr. 37 la Ord. 56/45/2005; Pentru sanatoriile balneare coloana C7 nu cuprinde suma suportata de asigurati, conform art. 1, alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 37 la Ord. 56/45/2005

### 2.Desfășurător lunar pe C.N.P. al serviciilor medicale de recuperare a sănătății acordate în sanatorii, inclusiv cele balneare si in preventorii

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

Nr. crt.	C.N.P.	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	<b>TOTAL</b>	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al unității sanitare

.....

#### Notă:

Formularul se întocmește bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) în 2 exemplare, dintre care unul ramâne la unitatea sanitară, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al unității sanitare, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare

Cabinet medical din ambulatoriul de specialitate/spital .....

Medic.....

Specialitatea.....

Contract încheiat cu CAS .....Nr. contract.....

### SCRISOARE MEDICALĂ

Domnului/doamnei Dr. (adresa cabinetului medical) \_\_\_\_\_

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că pacientul dumneavoastră \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ născut la data \_\_\_\_\_ ,  
 CNP \_\_\_\_\_ , a fost consultat în serviciul nostru la data de \_\_\_\_\_

Diagnosticul: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anamneza: - motivul prezentării \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- factori de risc \_\_\_\_\_

Examen clinic: - general \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- local \_\_\_\_\_

Exame de laborator: - cu valori normale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- cu valori patologice \_\_\_\_\_

Exame paraclinice: EKG \_\_\_\_\_

