



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 172 (XVI) — Nr. 76 bis

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 29 ianuarie 2004

### SUMAR

Pagina

Anexele nr. 1—7 la 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 ..... 3—48

## 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. 14 alin. (1) lit. n), art. 34 alin. (1) lit. h), art. 51 alin. (1) lit. e), art. 69 lit. l), art. 81 lit. g), art. 110 lit. n) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.485/2003, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 920 din 22 decembrie 2003;

— Referatul Direcției generale relații cu furnizorii nr. D.G.A. IV/63 din 20 ianuarie 2004, aprobat de directorul general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 838 din 20 noiembrie 2002, cu modificările ulterioare,

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

Art. 1. — (1) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe activităților realizate de medicii din asistența medicală primară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele mară, necesare facturării lunare în vederea decontării de

\*) Decizia nr. 51/2004 a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 76 din 29 ianuarie 2004 și este reprodusă și în acest număr bis.

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 activităților realizate de medicii din asistența medicală ambulatorie de specialitate, necesare facturării lunare în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 2a—2m și anexei nr. 7 (Scrisoare medicală).

(3) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele activităților realizate de medicii din asistența medicală spitalicească, necesare facturării lunare 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 activităților realizate de furnizorii de servicii medicale de urgență și de transport sanitar, necesare facturării lunare în vederea decontării 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 activităților realizate de furnizorii de servicii medicale de îngrijiri la domiciliu, necesare facturării lunare 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 activităților

realizate de medicii din asistența medicală de recuperare, necesare facturării lunare 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 aprobă utilizarea în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a formularelor tipizate de „Factură fiscală” fără T.V.A.

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

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

Art. 3. — Pentru anul 2004 furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale prestate în vederea decontării acestor servicii de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și a celor asimilate acestora, potrivit formularelor aprobate prin prezenta decizie.

Art. 4. — Decizia președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 78/2003 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. 136 și nr. 136 bis din 3 martie 2003, cu modificările și completările ulterioare, își încetează valabilitatea la data de 31 decembrie 2003.

Art. 5. — Direcția generală relații cu furnizorii și direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și cele asimilate acestora vor duce la îndeplinire prevederile prezentei decizii.

Art. 6. — (1) Prevederile prezentei decizii sunt valabile pentru anul 2004.

(2) Prezenta decizie va fi publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Cristian Celea**

București, 20 ianuarie 2004.  
Nr. 51.

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

Anexa 1-a

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 ASIGURAȚILOR ÎNSCRIȘI****Grupa de vârstă .....\*)**

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01.2004 *)	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. 1220/890/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate. 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*
Alte (ex. magistrați-judecători, procurori, etc.)	19

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

Anexa 1-c

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 01.01.2004 *)	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 1-c (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.

Anexa 1-e

Casa de asigurări de sănătate  
.....

Cabinet medical.....

Reprezentantul legal al cabinetului

Localitatea.....

.....

Județ.....

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. 24 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 de muncă

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 de muncă (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	12		
- la 1 lună	12		
- 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		
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			
• pentru acordarea unui număr de maximum 5 solicitări în cadrul unui program de 8 ore	10 /oră		
• pentru acordarea unui număr de peste 5 solicitări în cadrul unui program de 8 ore	12/oră		
9. Servicii medicale acordate de medicul de familie care locuiește 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

**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		
<b>TOTAL PACHET MINIMAL</b>	<b>X</b>		

**Notă:**

1. Se raportează și se decontează o singură consultație pe persoană pentru fiecare situație de urgență;
2. Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspionată și confirmată;

**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:**

1. Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspionată și confirmată;

\*\*\*) 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.

Casa de asigurări de sănătate

Cabinet medical.....  
Localitate.....  
Județ.....

Anexa 1-f

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	
antihепатită B										4	8	
antipoliomielitică VPO										4	8	
impotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)										4	8	
antitetanic și antiujeolică-antirubolică-antiurliană										4	8	
impotriva difteriei, tetanosului - DT (revaccinare)										4	8	
impotriva difteriei, tetanosului - la adult dT (revaccinare)										4	8	
impotriva tetanosului - dT sau VTA										4	8	
antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut										4	8	
alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul 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 Ord.nr.1220/890/2003

\*\*) 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)x C11

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
- 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) , 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; 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 raportările nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate;

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

.....





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

\* 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.



Anexa 1-h

**Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o localitate în cabinete deja existente sau în cabinete nou înființate 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	Indemnizație de instalare***	Total sume (col.5+col.6)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

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

\* Conform Cap. II, art. 23 alin. (1) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1485/2003

\*\* Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul 1220/890/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate

\*\*\* Conform Cap. II, art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1485/2003

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. 1-i

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 în cabinete medicale  
nou înființate sau în cabinetele deja existente, trimestrul.....**

Luna	Număr medici	Cheltuieli de personal*	Sume pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului**	Indemnizație de instalare	Total sume
1.	2.	3.	4.	5.	6=3+4+5
<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 sporurile prevăzute în condițiile stabilite în norme.

\*\* Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul 1220/890/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate

\*\*\* 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.

Anexa 2-a

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Medic de specialitate.....  
 Cabinetul medical.....  
 Localitatea.....  
 Județul.....  
 (nume prenume)  
 CNP medic de specialitate.....

**Desfășurător lunar al serviciilor medicale în ambulatoriul de specialitate**  
**Consultații medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ**

Nr. crt.	Specialitatea*	Număr consultații pe zi																														Total consultații	Nr. puncte* pe tip de consultație	Nr. total puncte
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
1	Consultații																															4	5	6 = 4 x 5
A.	<b>Pachetul de servicii medicale de bază</b>																																	
1	Consultații inițiale totale, din care:																																X	
	- Copii cu vârsta 0-1 an																																	
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
2	Consultații de control total, din care:																																X	
	- Copii cu vârsta 0-1 an																																	
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
3	Consultații specifice din care*:																																X	
	- inițială																																	
	- de control																																	
	<b>TOTAL</b>																																	
B.	<b>Consultații în cadrul pachetului minimal:</b>																																	
1	- pentru constatarea situației de urgență																																X	
2	- pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)																																	
	<b>TOTAL</b>																																	
C.	<b>Consultații în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ:</b>																																	
1	- pentru constatarea situației de urgență																																X	
2	- pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)																																	
	<b>TOTAL GENERAL</b>																																	

\* Specialitățile și punctajele aferente consultațiilor sunt cele cf. Cap I, pct.1, lit. A și B din Anexa 8 la Ordinul nr. 1220/890/2003

\*\* Consultațiile și punctajele aferente sunt cele cf. Cap I, pct.1, lit. B din Anexa 8 la Ordinul nr. 1220/890/2003. Se pot completa numai codurile consultațiilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al cabinetului

Semnătura și parafra 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.







Casa de asigurari de sanatate..... Anexa 2-b bis  
 Cabinetul medical.....  
 Localitatea.....  
 Judetul .....

Medic de specialitate.....  
 (nume prenume)  
 Specialitate.....  
 CNP medic de specialitate.....

**DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P. AL CONSULTATIILOR, SERVICIILOR MEDICALE ȘI TRATAMENTELOR ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA.....**

Nr. crt	CNP	Numar Registru consultații	Pachetul minimal de servicii medicale*			Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ*				Total puncte	
			Consultații initiale pentru constatarea urgenta	Consultații initiale pentru depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic	Puncte aferente consultațiilor	Consultații initiale pentru constatarea urgenta	Consultații initiale pentru depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic	Puncte aferente consultațiilor	Servicii medicale ( codul )		Puncte aferente serviciilor medicale
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12=C9+C11
<b>TOTAL</b>											

\* Consultatiile si serviciile medicale sunt cele cf. cap 1, pct.1, lit. A și B din Anexa 8 la Ordinul nr. 1220/890/2003 . Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate

Correspondențe cu formularele din Anexa 2-a bis:

- Total col. C4 = col.4, lit. B, randul 1 din Anexa 2-a
- Total col. C5 = col. 4, lit B, randul 2 din Anexa 2-a
- Total col. C6 = col.6, lit. B TOTAL din Anexa 2-a
- Total col. C7 = col. 4, lit. C, randul 1 din Anexa 2-a
- Total col. C8 = col. 4, lit. C, randul 2 din Anexa 2-a
- Total col. C9 = col. 6, lit. C TOTAL din Anexa 2-a
- Total col. C10 =col. 4, lit. B TOTAL din Anexa 2-a bis
- Total col. C11 = col.6, lit. B TOTAL din Anexa 2-a bis
- Total C12= col.6, lit.B TOTAL din Anexa 2-a + col.6, lit.C TOTAL din Anexa 2-a + col.6, lit.B TOTAL din Anexa 2-a bis

**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.

Reprezentantul legal al cabinetului

Semnătura și parafa medicului de specialitate,

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. 1220/890/2003**

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 și homeopatie.

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.

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

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

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

Anexa 2-e

Localitatea.....  
 Judetul .....

**1. DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN AMBULATORII  
 AUTORIZATE/AVIZATE DE MS SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII**

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical conform Cap. I pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul comun nr. 1220/890/2003	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. 1220/890/2003

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

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical conform Cap. I pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul comun nr. 1220/890/2003	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 2-f

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 investigației paraclinice * / (codul)	Total investigații paraclinice		Tarif negociat / investigație paraclinică stabilit la contractare	Sume lei	
		Efectuate	- din care urgențe		Total general	- din care urgențe
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7=C4xC5
<b>TOTAL</b>				X		

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003  
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 investigației paraclinice * / (codul)	Total investigații paraclinice		Tarif negociat/ investigație paraclinică stabilit la contractare	Sume lei	
		Efectuate	- din care urgențe		Total general	- din care urgențe
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7=C4xC5
<b>TOTAL</b>				X		

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr. 1220/890/2003  
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 și 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 adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografii, vor utiliza desfășurătoarele 1 și 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		Tarif negociat / investigație paraclinică stabilit la contractare	Sume lei	
		Efectuate	- din care urgențe		Total general	- din care urgențe
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C3 \times C5$	$C7=C4 \times C5$
<b>TOTAL</b>				X		

\*) Se completează conform cap. II, pct.1 și pct. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr. 1220/890/2003  
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 în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate**

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

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice */ (codul)	Total investigații paraclinice		Tarif negociat/ investigație paraclinică stabilit la contractare	Sume lei	
		Efectuate	- din care urgențe		Total general	- din care urgențe
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C3 \times C5$	$C7=C4 \times C5$
<b>TOTAL</b>				X		

\* Se completează conform cap. II, pct.1 și pct.2 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003  
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 și 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 adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografii, vor utiliza desfășurătoarele 1 și 2 din prezenta anexa.



Anexa 2-g

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.1220/890/2003  
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. C6 din tab. 1+ tot. col. C6 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.	CNP	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*/ ( codul )	Tariful investigației efectuate ( lei )
C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>			

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 si pct. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003  
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 bis  
Total col.C4 =( tot. Col. C6 din tab. 1+ tot. col. C6 din tab.2) din Anexa 2-f bis

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 adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografiile, vor utiliza desfasuratoarele 1 si 2 din prezenta anexa

Anexa 2-h

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. Numele medicului care a prescris investigatia/investigatiile .....

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice efectuate* / ( codul )	Data efectuării investigatiei paraclinice
1	2	3

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003  
 Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

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 2-h bis

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

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

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice*	Numărul investigațiilor paraclinice estimat ca necesar	Numărul investigațiilor paraclinice efectuate
1	2	3	4
TOTAL			
SUMA FIXA NEGOCIATĂ			

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003

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 2-i

Județul..... Cabinet medical.....  
 Localitatea..... Reprezentant legal.....  
 Luna.....anul..... Medic stomatolog/dentist..... Medic stomatolog/dentist.....  
 (nume prenume) (nume prenume)  
 Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL ACTIVITĂȚILOR PROFILACTICE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE STOMATOLOGIE, PENTRU GRUPA 0 - 18 ANI**

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat	Cod* serviciu	Total servicii / luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.8 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		<b>X</b>	

\*) : codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexei nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003

Formularul se va completa distinct pentru activitățile profilactice efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru activitățile profilactice efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Formularele se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al cabinetului stomatologic, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
**Reprezentantul legal al cabinetului stomatologic**

Anexa 2-i bis

Județul..... Cabinet medical.....  
 Localitatea..... Reprezentant legal.....  
 Luna.....anul..... Medic stomatolog/dentist..... Medic stomatolog/dentist.....  
 (nume prenume) (nume prenume)  
 Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL ACTIVITATILOR PROFILACTICE ÎN ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE DE STOMATOLOGIE, PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI**

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.8 Cap. III, pct. 1	% decontat de CAS	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C5 x C6 x C7
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	

\*) : codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexei nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003

Formularele se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al cabinetului stomatologic, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
**Reprezentantul legal al cabinetului stomatologic**

## Anexa 2-j

Judetul.....  
Localitatea.....  
Luna.....anul.....

Cabinet medical.....  
Reprezentant legal.....  
Medic stomatolog.....Medic stomatolog.....  
(nume prenume) (nume prenume)  
Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....  
CNP medic.....CNP medic.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL TRATAMENTELOR DE PEDODONTIE SI ORTODONTIE IN ASISTENTA MEDICALA  
AMBULATORIE DE STOMATOLOGIE PENTRU GRUPE 0 - 18 ANI**

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registrul consultații	CNP asigurat	Cod* serviciu	Total servicii / luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.8 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
		<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	

\*) : codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexei nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003

Formularul se va completa distinct pentru tratamentul ortodontic si de pedodontie efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru tratamentul ortodontic si de pedodontie efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Formularele se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al cabinetului stomatologic, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurări de sănătate, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al cabinetului stomatologic

## Anexa 2-k

Judetul.....  
Localitatea.....  
Luna.....anul.....

Cabinet medical.....  
Reprezentant legal.....  
Medic stomatolog/dentist.....Medic stomatolog/dentist.....  
(nume prenume) (nume prenume)  
Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....  
CNP medic.....CNP medic.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL ACTELOR TERAPEUTICE IN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE  
BAZA/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURA FACULTATIV IN  
ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE STOMATOLOGIE, PENTRU GRUPE 0 - 18 ANI**

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registrul consultații	CNP asigurat	Cod* serviciu	Total servicii/luna	Tarif/serviciu conform Anexei nr. 8 Cap. III, pct.1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
		<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	

\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexei nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003

Formularul se va completa distinct pentru activitățile terapeutice efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru activitățile terapeutice efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ. Fac excepție serviciile precizate la Cap. III punctul 1 nota 4 din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1220/890/2003, care se vor completa în formularul din Anexa 2-m.

Formularele se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al cabinetului stomatologic, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al cabinetului stomatologic

**Anexa 2-I**

Judetul.....  
Localitatea.....  
Luna.....anul.....

Cabinet medical.....  
Reprezentant legal.....  
Medic stomatolog/dentist..... Medic stomatolog/dentist.....  
(nume prenume)  
Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....  
CNP medic.....CNP medic.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL ACTELOR TERAPEUTICE IN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE STOMATOLOGIE, PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI**

Nr. crt.	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Total servicii/luna	Tarif/serviciu conform Anexei nr. 8 Cap. III, pct.1	% decontat de CAS	Total lei
C1	C2	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
		<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	

\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexei nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003  
Fac exceptie serviciile precizate la Cap. III punctul 1 nota 4 din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1220/890/2003, care se vor completa in formularul din Anexa 2-m.

Formularele se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al cabinetului stomatologic, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al cabinetului stomatologic

**Anexa 2-m**

Judetul.....  
Localitatea.....  
Luna.....anul.....

Cabinet medical.....  
Reprezentant legal.....  
Medic stomatolog/dentist..... Medic stomatolog/dentist.....  
(nume prenume) (nume prenume)  
Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....  
CNP medic.....CNP medic.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ STOMATOLOGICĂ IN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA/PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURA FACULTATIV, IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE STOMATOLOGIE**

Nr. crt.	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP	Cod* serviciu	Total servicii/luna	Tarif/serviciu conform Anexei nr. 8 Cap. III, pct.1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
		<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	

\*) : codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexei nr. 8 la Ordinul comun nr.1220/890/2003  
Serviciile medicale de urgență stomatologică sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 nota 4 din Anexa nr. 8 la ordinul anterior menționat  
Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgență stomatologică efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de baza, pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgență stomatologică efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Formularele se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al cabinetului stomatologic, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al cabinetului stomatologic

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

Anexa 3-a

### 1.1 SITUAȚIA CAZURILOR (PACIENTI) EXTERNATE ȘI RAPORTATE

PENTRU LUNA ..... 2004

Secția	Nr. cazuri externe 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

Raspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al unitatii sanitare

Notă:

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

Anexa 3-a(continuare)

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

### 1.2 SITUAȚIA CAZURILOR (PACIENTI) EXTERNATE ȘI RAPORTATE\*

PENTRU TRIMESTRUL / TRIMESTRELE ..... 2004

Anul	Luna	Nr. cazuri externe 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

Raspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii sanitare

Notă:

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE  
 INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SANATATE

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

**LUNA ..... 2004**

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

Formularele se transmit de la INCDS/CNAS către spital și CJAS

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SANATATE

Director general

Director general

Anexa 3-a bis  
 (continuare)

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE  
 INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SANATATE

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

**TRIMESTRUL / TRIMESTRELE ..... 2004**

Secția	Nr. cazuri externate și raportate în aplicația „ DRG Național ”	Nr. cazuri externate, raportate și validate	ICM realizat
<b>TOTAL SPITAL</b>			

Formularele se transmit de la INCDS/CNAS către spital și CJAS

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE ÎN SANATATE

Director general

Director general

Anexa 3-b

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

**3.1 DESFASURATOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI PE BAZA  
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE  
PE LUNA .....2004**

Nr. cazuri externate, raportate luna curenta <sup>1</sup>	Nr. cazuri externate, raportate si nevalidate in luna anterioara <sup>2</sup>	ICM contractat <sup>3</sup>	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat <sup>4</sup>	Suma contractata	Suma realizata*
1	2	3	4 = (1-2) x 3	5	6	7 = 4 x 5

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 realizată cu respectarea prevederilor art.8 alin. (1), lit.a), pct. 1 din Anexa nr.18 la Ord. nr. 1220/890/2003

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii 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. 1220/890/2003

<sup>4</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul comun nr. 1220/890/2003

Anexa 3-b bis

Județul .....

Localitatea .....

Spitalul .....

**3.2 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI PE BAZA  
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE  
PE TRIMESTRUL / TRIMESTRELE .....2004**

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

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 realizată cu respectarea prevederilor art.8 alin. (1), lit.a), pct. 2 din Anexa nr.18 la Ord. nr. 1220/890/2003

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii sanitare

<sup>1</sup> Conform Anexei 3-a bis formularul 2.2

<sup>2</sup> Conform Anexei 18 a) la Ordinul comun nr. 1220/890/2003



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

Anexa 3-c

**DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE PRECUM SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE 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 urmăririi 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. 1220/890/2003. In cazul secțiilor/spitalelor 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 urmăririi 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 se deconteaza suma realizata cu respectarea prevederilor art. 8 alin.(1), lit.b, pct.1 din Anexa nr. 18 la Ord. 1220/890/2003, iar trimestrial in conformitate cu prevederile art.8 alin.(1), lit.b, 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. Foaie de observatie	CNP - persoană externată realizata			
		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
<b>TOTAL</b>	X				

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 lunar si cumulativ 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 3-d

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

**DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE  
 DECAT CELE PREVAZUTE ÎN ANEXA 18 b) LA ORDINUL 1.220/890/2003**

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

Secția	Nr.cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate 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		

\*) Lunar se deconteaza suma realizata cu respectarea prevederilor art. 8 alin.(1), lit.c, pct.1 din Anexa nr. 18 la Ord. 1220/890/2003, iar trimestrial in conformitate cu prevederile art.8 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	Nr. Foile de observatie	CNP - persoană externată realizata			
		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
<b>TOTAL</b>	X				

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al unității sanitare

**Notă:**

Formularele se întocmesc lunar 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.....  
Spitalul .....

Anexa 3-e

### 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 spitalicesci	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 spitalicesci se negociaza in conformitate cu prevederile art.5 lit. j) din Anexa nr.18 la Ord. 1220/890/2003

\*\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 8 alin. 1), lit. j) din Anexa nr. 18 la Ord. 1220/890/2003. Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 8 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 18 la Ord. 1220/890/2003

### 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	Total servicii medicale spitalicesci realizate
0	1	2	3
<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. 3 = total col. 2 din tabelul 1

### 3. DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR DE DIALIZA

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. 1220/890/2003

\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 8 alin. 1), lit. j) din Anexa nr. 18 la Ord. 1220/890/2003. Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 8 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 18 la Ord. 1220/890/2003

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 DIALIZA

LUNA/TRIM. ....

CNP beneficiar	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	Numar sedinte realizate
1	2	3
<b>TOTAL</b>	X	

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unitatii sanitare

#### Notă:

Formularele se întocmesc lunar si cumulativ 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 prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesci

Anexa 3-f

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

1. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală-staționar de zi, cabinete de planificare familială, 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

Cheltuieli întreținere și funcționare aferente activității, 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 cabinetele medicale de specialitate în: boli infecțioase, staționare de zi, 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

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

**Cheltuieli de întreținere și funcționare**

Cheltuieli întreținere și funcționare aferente activității, 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 pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate 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 medicii, farmacistii și stomatologii rezidenți din anii 3-7, sume acordate pentru plata cheltuielilor de personal a medicilor, stomatologilor, 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	Nimăr total		Medic		Stomatolog		Farmacist		Cheltuieli de personal	
	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Efectiv	Contractat *	Efectiv
III										
IV										
V										
VI										
VII										
Personal de cercetare			x	x		x		x		x
<b>Total</b>										

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								
	Farmacist								
	Stomatolog								
	X								
<b>Total</b>									

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al unității sanitare

**Notă:**

Formularele de la punctele 1-5 se întocmesc lunar și cumulat pentru fiecare trimestru 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

Anexa 3-g

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

**DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE CONFORM CONTRACTULUI DE  
 FURNIZARE DE SERVICII MEDICO - SOCIALE**

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

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 medico-sociale

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

Total sume	
Contractat *	Realizat**
Total	

\* Conform contractului de furnizare de servicii medico-sociale

\*\* ) Conform art. 9, lit. b) din Anexa nr. 18 la Ord. nr. 1220/890/2003

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al unitatii sanitare

**Notă:**

Formularele se întocmesc lunar 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

Anexa 4-a

Casa de asigurări de sănătate .....

Unitatea sanitară.....  
Localitatea.....  
Județul.....

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

Luna .....

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	2	3	4	5	6	5 = 2x6+4x6	6 = 3x6+5x6	7	8 = (5 sau 6) x 7
<b>TOTAL</b>					X				

\*) Se stabileste in limita tarifelor maximele prevazute la art. 9 din Anexa nr. 24 la Ord. 1220/890/2003

\*\* 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. 6 din Anexa nr. 24 la Ord. 1220/890/2003

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:**

1. Formularul se întocmește în două exemplare din care un exemplar 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 urgenta si transport sanitar

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

### DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APA PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPECIALIZATE

Luna .....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. 6 din Anexa nr. 24 la Ord. 1220/890/2003

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentant legal

.....

#### Notă:

1. Formularul se întocmește în două exemplare din care un exemplar 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 urgenta si transport sanitar



Anexa 4-c

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

**DEFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT AERIAN PENTRU SERVICII MEDICALE SPECIALIZATE**

Luna .....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. 6 din Anexa nr. 24 la Ord. 1220/890/2003

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentant legal

**Notă:**  
 1. Formularul se întocmește 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 de urgenta si transport sanitar

Anexa 4-d

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

### DEFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR

Luna .....ANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 23 la Ordinul comun nr. 1220/890/2003	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 sau7 ) 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. 6 din Anexa nr. 24 la Ord. 1220/890/2003

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentant legal

**Notă:**

1. Formularul se întocmește în două exemplare din care un exemplar 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 de urgență și transport sanitar
2. Formularul se completează distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule, transport aerian și pe apă;







Anexa 6-b

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

### 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=C3xC5	C7 = C4xC5
<b>TOTAL</b>				<b>X</b>		

\*) Se stabileste conform prevederilor art.1 alin.(2), lit. b) din Anexa nr.37 la Ordinul comun nr. 1220/890/2003

\*\*)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. 1220/890/2003; Pentru sanatoriile balneare coloana C7 nu cuprinde suma suportata de asigurati, conform art. 1, alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 37 la Ord. 1220/890/2003

### 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 în 2 exemplare, dintre care unul rămâne 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 .....

### 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Examen paraclinice: EKG \_\_\_\_\_

ECO \_\_\_\_\_

Rx \_\_\_\_\_

Alte \_\_\_\_\_

Tratament recomandat: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Data:

Semnătura și parafa medicului:

Calea de transmitere: - prin asigurat

- prin poștă .....

\_\_\_\_\_

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI – CAMERA DEPUTAȚILOR**

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2–4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,  
 cont nr. 2511.1–12.1/ROL Banca Comercială Română – S.A. – Sucursala „Unirea” București  
 și nr. 5069427282 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare).

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78,  
 E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro