



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 179 (XXIII) — Nr. 385

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 1 iunie 2011

SUMAR

Nr.	Pagina	Nr.	Pagina
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE			
867/541. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.....	2-9		
868/542. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate	10-21		
870/544. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate			
		nr. 832/302/2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală	22-24
		ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	
		545. — Ordin privind metodologia de stabilire a prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.....	25-30
		546. — Ordin privind aprobarea formularelor de raportare la casa de asigurări de sănătate a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ.....	30-32

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 867 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 541 din 31 mai 2011

ORDIN

privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.290 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2062 din 31 mai 2011;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare, în temeiul dispozițiilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă modelul unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, ca imprimat cu regim special, în baza căruia se recomandă specialitatea clinică din ambulatoriu sau din unitatea sanitară cu paturi ori din unitatea sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, căreia urmează să i se adreseze pacientul pentru a primi servicii medicale decontate de către casele de asigurări de sănătate, prevăzut în anexa nr. 1.

Art. 2. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înscrierea și numerotarea formularelor biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletelor de internare, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1.

Art. 3. — (1) Se aprobă Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, prevăzute în anexa nr. 2.

(2) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (1) este obligatorie pentru toți furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Anexa nr. 3 cuprinde Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente.

Art. 4. — Anexele nr. 1—3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 5. — (1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu 1 iunie 2011, dată la care se abrogă prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 384/413/2009 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 214 din 2 aprilie 2009, cu modificările ulterioare.

(2) Formularele pentru servicii medicale clinice/biletului de internare, în formatul aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 384/413/2009, cu modificările ulterioare, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 1 septembrie 2011.

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

**Bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice/Bilet de internare utilizat
în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

Cod de bare

Serie... Nr.

1. Către specialitatea clinică:

2. Unitate medicală	<input type="checkbox"/> MF	Nivel de prioritate
CUI	<input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Spec.	Urgență
Sediu (localitate, str., nr.)		
Județul	<input type="checkbox"/> Unitate sanitară cu paturi	Curente
Casa de asigurări		
Nr. contract/Convenție	<input type="checkbox"/> Altele	

3. Date de identificare pacient

Asigurat la CAS/Neasigurat	RC:	<input type="checkbox"/> Salariat	<input type="checkbox"/> Veteran
		<input type="checkbox"/> Co-asigurat	
Nume		<input type="checkbox"/> Liber profesionist	<input type="checkbox"/> Revoluționar
Prenume		<input type="checkbox"/> Copil (< 18 ani)	<input type="checkbox"/> Handicap
Adresa		<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/ Student (18 - 26 ani)	<input type="checkbox"/> PNS
			<input type="checkbox"/> Ajutor social
CNP			<input type="checkbox"/> Șomaj
CE PASS	<input type="checkbox"/> Gravidă/ Lehuză		<input type="checkbox"/> Personal contractual
Cetățenia	<input type="checkbox"/> Pensionar		<input type="checkbox"/> Card european (CE)
	<input type="checkbox"/> Alte categorii		<input type="checkbox"/> Acorduri internaționale

Beneficiar Pachet de bază Pachet facultativ Pachet minimal

4. Diagnostic prezumtiv:

Cod diagnostic prezumtiv

5. Alte diagnostice cunoscute:

Cod diagnostic Cod diagnostic

6. Motivul trimiterii către alte specialități clinice/în vederea internării:

7. Investigații și tratamente efectuate:

8. Număr consultații acordate: Acut/Subacut Asociate

9. Data trimiterii .././.. Semnătura medicului Cod parafă L.S.

10. Se internează la unitatea sanitară cu paturi: secția:

11. Motivul pentru care nu a fost necesară internarea și recomandări la domiciliu:

12. Data prezentării și
semnătura pacientului Semnătura medicului care furnizează servicii medicale
clinice/în regim de spitalizare de zi/a medicului de
gardă al secției/unității sanitare cu paturi
...../...../..... Cod parafă L.S.

*) Anexa nr. 1 este reprodusă în facsimil.

INSTRUCȚIUNI**privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate****A. Principii generale:**

1. Recomandarea pentru servicii medicale clinice/în vederea internării în unități sanitare cu paturi sau în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, atunci când este cazul, se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de servicii medicale clinice/în vederea internării în unități sanitare cu paturi sau în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, atrage răspunderea furnizorului și conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

2. Biletul de trimitere pentru servicii medicale clinice/Biletul de internare în unități sanitare cu paturi sau în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, denumit în continuare *bilet de trimitere/de internare*, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, respectiv cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia.

Biletul de trimitere/de internare se completează și de către medicii din unitățile sanitare cu paturi pentru pacienții spitalizați care necesită, la externare, recomandare pentru servicii medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu, respectiv servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

3. Se interzic:

— emiterea biletelor de trimitere/de internare de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

— emiterea de către unitățile sanitare cu paturi a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru servicii medicale contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către respectiva unitate sanitară cu paturi, indiferent de afecțiunile asociate.

4. Serviciile medicale clinice/spitalicești se pot efectua de către orice furnizor de servicii medicale clinice/spitalicești aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

B. Instrucțiuni privind utilizarea formularelor biletelor de trimitere/de internare, în sistemul de asigurări sociale de sănătate

1. Biletul de trimitere/de internare este tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau pacientului, care le depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate împreună cu factura și desfășurătorul activității prestate (în format electronic și pe suport hârtie).

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere/de internare există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul „ANULAT” pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe versoul cotorului ultimului bilet de trimitere/de internare se va preciza: „Acest carnet conține... file (în cifre și în litere), de la numărul ... la numărul ..., și ... file anulate.”

3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care are dreptul de a trimite pacientul către alte specialități sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, și care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere/de internare distribuite furnizorilor de servicii medicale;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale sau cu care au încheiat convenție;

d) achiziția formularelor de bilete de trimitere/de internare se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere/de internare, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale cu mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite pacientul către alte specialități clinice sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a

exemplarului 3, seria biletelor de trimitere/de internare returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere/de internare emise pacienților se va face în registrul de consultații, la rubrica „Recomandări”, unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere/de internare emis.

C. Instrucțiuni de completare a formularelor biletelor de trimitere/de internare utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Formularele biletelor de trimitere/de internare se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

„Cod de bare”

Formularele cu regim special — biletele de trimitere/de internare vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

Câmpul 1 — „Către specialitatea clinică”:

— se va menționa specialitatea clinică către care este îndrumat pacientul pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării, atunci când este cazul.

Câmpul 2 — „Unitate medicală”:

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat contract/convenție, numărul contractului de furnizare de servicii medicale/convenției în baza căruia/căreia medicul care efectuează trimiterea prestează serviciul. Se poate aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu „x” categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

— „MF” pentru furnizorii de servicii de asistență medicală primară;

— „Amb. Spec.” pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate.

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța „Amb. Spec.” atunci când emit un bilet de trimitere/de internare pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

— „Unitate sanitară cu paturi” pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești, inclusiv pentru cei autorizați de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, respectiv pentru centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

— „Altele” pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere/de internare în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora;

c) „Nivel de prioritate” — se va bifa cu „x” căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al serviciilor medicale clinice recomandate sau al recomandării de internare.

Câmpul 3 — „Date de identificare pacient”:

a) „Asigurat la CAS/Neasigurat”

— dacă pacientul este asigurat, se va tăia cu o linie „Neasigurat” și se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

— dacă pacientul este neasigurat, se va tăia cu o linie „Asigurat la CAS”;

b) „RC” — se completează numărul din registrul de consultații (RC);

c) se alege prin bifare cu „x” categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

— se bifează categoria „Salariat” pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

— se bifează categoria „Co-asigurat” pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

— se bifează căsuța „Liber profesionist” pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

— se bifează categoria „Copil (< 18 ani)” pentru toate persoanele care fac dovada calității lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naștere, carte de identitate);

— se bifează categoria „Elev/Ucenic/Student (18—26 ani)” pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă;

— se bifează căsuța „Gravidă/Lehuză” numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

— se bifează căsuța „Pensionar” pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie, după cum urmează:

• Se notează cifra 1 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei;

• Se notează cifra 2 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei;

— se bifează căsuța „Veteran”, „Revoluționar” sau „Handicap” pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale;

— se bifează căsuța „PNS” și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;

— se bifează căsuța „Ajutor social” pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

— se bifează căsuța „Șomaj” pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;

— se bifează căsuța „Personal contractual” pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/218/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 24 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2004 privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;

— se bifează căsuța „Card european (CE)” pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în

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

— se bifează căsuța „Acorduri internaționale” pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

— se bifează căsuța „Alte categorii” pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere/de internare, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945—1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950—1961, cu modificările și completările ulterioare);

d) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele și adresa completă);

e) „CNP, CE, PASS” — se completează codul numeric personal al pacientului/numărul cardului european/numărul pașaportului, astfel:

— pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al pacientului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe. Se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;

— pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se vor completa toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate;

— pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția din nomenclatorul de țări prevăzut în anexa nr. 3.

f) se va bifa cu „x” căsuța „Pachet de bază”, „Pachet facultativ” sau „Pachet minimal”, în funcție de tipul de asigurare a beneficiarului.

Câmpul 4 — „Diagnostic prezumtiv”:

— se vor completa denumirea în clar a diagnosticului prezumtiv, precum și căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului prezumtiv pentru care se recomandă trimiterea pentru servicii medicale clinice/internare.

Câmpul 5 — „Alte diagnostice cunoscute”:

— se vor completa denumirile acestor diagnostice în clar, precum și căsuțele destinate codurilor de diagnostice corespunzătoare diagnosticelor cunoscute.

Câmpul 6 — „Motivul trimiterii către alte specialități clinice/în vederea internării”:

— medicul care trimite pacientul va completa motivele trimiterii pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării — scurt istoric al bolii prezumate, antecedente;

Câmpul 7 — „Investigații și tratamente efectuate”:

— se va completa de către medicul care trimite pacientul;

— rezultatul investigațiilor efectuate va fi scris lizibil și/sau va fi atașat biletului de trimitere/de internare; se va completa și data la care acestea au fost efectuate;

— se completează tratamentele efectuate sau în curs de efectuare, pentru afecțiunea pentru care a fost trimis și/sau pentru altele concomitente.

Câmpul 8 — „Numărul de consultații acordate”:

— în prima căsuță se va completa numărul de consultații acordate pentru același episod de boală acută/subacută, respectiv afecțiuni asociate, și se va bifa căsuța „Acut/Subacut” sau căsuța „Asociate”, după caz. Numărul maxim de consultații ce se pot acorda este cel prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și cu normele metodologice de aplicare a acestuia;

Câmpul 9 — „Data trimiterii”:

— se va specifica data trimiterii pacientului pentru efectuarea serviciilor medicale clinice/în vederea internării;

— „Semnătura medicului/Cod parafă/L.S.” — se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere/de internare și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia, precum și ștampila furnizorului de servicii medicale. Se poate aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

Câmpul 10 — „Se internează la unitatea sanitară cu paturi secția”:

— se va completa de către medicul de gardă al secției/unității sanitare cu paturi unde a fost internat pacientul, cu specificarea în totalitate și în clar a denumirii unității sanitare cu paturi și a secției/compartimentului.

Câmpul 11 — „Motivul pentru care nu a fost necesară internarea și recomandări la domiciliu”:

— se va completa de către medicul de gardă al secției/unității sanitare cu paturi unde a fost examinat pacientul, cu specificarea motivului/motivelor pentru care nu a fost internat pacientul;

— se vor completa de către medicul de gardă recomandările cu care se trimite pacientul la domiciliu.

Câmpul 12 — „Data prezentării și semnătura pacientului”:

— se va completa de către medicul din ambulatoriu/medicul din unitatea sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi/medicul de gardă data la care pacientul s-a prezentat la furnizorul de servicii medicale;

— se execută semnătura beneficiarului biletului de trimitere/de internare;

— „Semnătura medicului care furnizează servicii medicale clinice/în regim de spitalizare de zi/a medicului de gardă al secției/unității sanitare cu paturi/Cod parafă/L.S.” — se execută specimenul de semnătură a medicului care furnizează servicii medicale clinice/în regim de spitalizare de zi/medicului de gardă care examinează pacientul și decide internarea sau recomandă tratament la domiciliu și se aplică parafa, codul corespunzător acestuia, precum și ștampila furnizorului de servicii medicale.

LISTA

abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
AF	Afganistan	NU	NU
ZA	Africa de Sud	NU	NU
AL	Albania	NU	DA
DZ	Algeria	NU	DA
AD	Andora	NU	NU
AO	Angola	NU	NU
AI	Anguilla	NU	NU
AG	Antigua și Barbuda	NU	NU
AN	Antilele Olandeze (Bonair)	NU	NU
AR	Argentina	NU	NU
AM	Armenia	NU	DA
AW	Aruba	NU	NU
SH	Ascension, Sf. Elena, Tristan Da Cunha	NU	NU
AU	Australia	NU	NU
AT	Austria	DA	NU
AZ	Azerbaidjan	NU	DA
BS	Bahamas	NU	NU
BH	Bahrain	NU	NU
BD	Bangladesh	NU	NU
BB	Barbade	NU	NU
BY	Belarus	NU	NU
BE	Belgia	DA	NU
BZ	Belize	NU	NU
BJ	Benin	NU	NU
BM	Bermude	NU	NU
BO	Bolivia	NU	NU
BA	Bosnia-Herțegovina	NU	DA
BW	Botswana	NU	NU
BR	Brazilia	NU	NU
BN	Brunei Darussalam	NU	NU
BG	Bulgaria	DA	NU
BF	Burkina Faso	NU	NU
BI	Burundi	NU	NU
BT	Butan	NU	NU
KH	Cambodgia	NU	NU
CM	Camerun	NU	NU
CA	Canada	NU	NU
SP	Insulele Canare	NU	NU
CV	Capul Verde	NU	NU
KZ	Cayman (Insule)	NU	NU
CZ	Cehia	DA	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
CF	Republica Centraficană	NU	NU
CL	Chile	NU	NU
CN	China	NU	DA
TD	Ciad	NU	NU
CZ	Cipru	DA	NU
CI	Coasta de Fildeș	NU	NU
CO	Columbia	NU	NU
YT	Mayotte	NU	NU
PM	Saint Pierre și Miquelon	NU	NU
KM	Comore	NU	NU
CG	Congo	NU	NU
KR	Coreea de Sud	NU	NU
CR	Costa Rica	NU	NU
HR	Croația	NU	DA
CU	Cuba	NU	DA
DK	Danemarca	DA	NU
DJ	Djibuti	NU	NU
DM	Dominica	NU	NU
DO	Republica Dominicană	NU	NU
EC	Ecuador	NU	NU
EG	Egipt	NU	DA
SV	El Salvador	NU	NU
CH	Elveția	NU	NU
AE	Emiratele Arabe Unite	NU	NU
ER	Aritreea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fidji	NU	NU
FI	Finlanda	DA	NU
FR	Franța	DA	NU
GA	Gabon	NU	NU
GM	Gambia	NU	NU
GE	Georgia	NU	NU
GS	Georgia de Sud și Insulele Sandwich de Sud	NU	NU
DE	Germania	DA	NU
GH	Ghana	NU	NU
GI	Gibraltar	NU	NU
GR	Grecia	DA	NU
GD	Grenada	NU	NU
GL	Groenlanda	NU	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
GP	Guadelupa	NU	NU
GU	Guam	NU	NU
GT	Guatemala	NU	NU
GN	Guineea	NU	NU
GW	Guineea Bissau	NU	NU
GQ	Guineea Ecuatorială	NU	NU
GY	Guyana	NU	NU
GF	Guyana Franceză	NU	NU
HT	Haiti	NU	NU
HN	Honduras	NU	NU
HK	Hong Kong	NU	NU
IN	India	NU	DA
ID	Indonezia	NU	NU
CK	Insulele Cook	NU	NU
FK	Insulele Falkland (Malvine)	NU	NU
FO	Insulele Feroe	NU	NU
MP	Insulele Mariane	NU	NU
SB	Insulele Solomon	NU	NU
VG	Insulele Virgine Britanice	NU	NU
VI	Insulele Virgine SUA	NU	NU
WF	Insulele Wallis și Futuna	NU	NU
JO	Iordania	NU	DA
IR	Iran	NU	NU
IQ	Iraq	NU	NU
IE	Irlanda	DA	NU
IS	Islanda	DA	NU
IL	Israel, Autoritatea Palestiniană	NU	NU
IT	Italia	DA	NU
JM	Jamaica	NU	NU
JP	Japonia	NU	NU
KZ	Kazahstan	NU	NU
KE	Kenia	NU	NU
KG	Kîrgîzîstan	NU	NU
KI	Kiribati	NU	NU
XZ	Kosovo	NU	NU
KW	Kuweit	NU	NU
LA	Lao	NU	NU
LS	Lesoto	NU	NU
LV	Letonia	DA	NU
LB	Liban	NU	DA
LR	Liberia	NU	NU
LY	Libia	NU	DA

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
LI	Liechtenstein	DA	NU
LT	Lituania	DA	NU
LU	Luxemburg	DA	NU
GB	Marea Britanie	DA	NU
MO	Macao	NU	NU
MK	Macedonia	NU	DA
MG	Madagascar	NU	NU
MY	Malaezia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldive	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	DA
MH	Marshall (insule)	NU	NU
MQ	Martinica	NU	NU
MR	Mauritania	NU	NU
MU	Mauritius	NU	NU
MX	Mexic	NU	NU
FM	Micronezia (stat federal)	NU	NU
MD	Moldova	NU	DA
MC	Monaco	NU	NU
MN	Mongolia	NU	NU
MS	Monserat	NU	NU
MZ	Mozambic	NU	NU
MM	Myanmar	NU	NU
NA	Namibia	NU	NU
NR	Nauru	NU	NU
NP	Nepal	NU	NU
NI	Nicaragua	NU	NU
NE	Niger	NU	NU
NG	Nigeria	NU	NU
NU	Niue Island	NU	NU
NF	Norfolk (Insule)	NU	NU
NO	Norvegia	DA	NU
NC	Noua Caledonie	NU	NU
NZ	Noua Zeelandă	NU	NU
NL	Olanda	DA	NU
OM	Oman	NU	NU
PK	Pakistan	NU	DA
PW	Palaos	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	DA
PH	Philippines	NU	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
PN	Pitcairn, Henderson, Ducii	NU	NU
PF	Polinezia Franceză (inclusiv)	NU	NU
PL	Polonia	DA	NU
PR	Porto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Quatar	NU	NU
KP	Koreea de Nord	NU	DA
RE	Reunion	NU	NU
RO	România	NU	NU
RU	Rusia (Fed)	NU	DA
RW	Rwanda	NU	NU
AS	Samoa (SUA)	NU	NU
WS	Samoa Occidentală	NU	NU
SM	San Marino	NU	NU
ST	Sao Tome și Principe	NU	NU
SA	Saudi Arabia	NU	NU
SN	Senegal	NU	NU
CS	Serbia și Muntenegru	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Sf. Christophe (Sf. Kitts)	NU	NU
LC	Sf. Lucia	NU	NU
VC	Sf. Vincent și Grenadine	NU	NU
SL	Sierra Leone	NU	NU
SG	Singapore	NU	NU
SY	Siria	NU	DA
SK	Slovacia	DA	NU
SI	Slovenia	DA	NU
SO	Somalia	NU	NU
ES	Spania	DA	NU
LK	Sri Lanka	NU	NU
US	Statele Unite ale Americii	NU	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
SD	Sudan	NU	NU
SE	Suedia	DA	NU
SR	Surinam	NU	NU
SZ	Swaziland	NU	NU
TJ	Tadjikistan	NU	NU
TH	Thailanda	NU	NU
TW	Taiwan	NU	NU
TZ	Tanzania	NU	NU
IO	Teritoriul Britanic din Oceanul Indian	NU	NU
TF	Teritoriile Australe și Antarctice Franceze	NU	NU
TP	Timor Oriental	NU	NU
TG	Togo	NU	NU
TK	Tokelau	NU	NU
TO	Tonga	NU	NU
TT	Trinidad și Tobago	NU	NU
TN	Tunisia	NU	DA
TR	Turcia	NU	DA
TM	Turkmenistan	NU	NU
TC	Turques și Caiques	NU	NU
TV	Tuvalu	NU	NU
UG	Uganda	NU	NU
UA	Ukraina	NU	DA
HU	Ungaria	DA	NU
UY	Uruguay	NU	NU
UZ	Uzbekistan	NU	NU
VU	Vanuatu	NU	NU
VA	Vatican	NU	NU
VE	Venezuela	NU	NU
VN	Vietnam	NU	NU
YE	Yemen	NU	NU
ZM	Zambia	NU	NU
ZW	Zimbabwe	NU	NU

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 868 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 542 din 31 mai 2011

ORDIN

privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.289 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2.063 din 31 mai 2011;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare, în temeiul dispozițiilor:
 - art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă modelul unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, ca imprimat cu regim special, în baza căruia se recomandă investigații medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzut în anexa nr. 1.

(2) Pentru serviciile de înaltă performanță decontate de casele de asigurări de sănătate: RMN, CT, scintigrafie și angiografie, se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice — formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d, după caz.

Art. 2. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înscrierea și numerotarea formularelor de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d.

Art. 3. — (1) Se aprobă Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, prevăzute în anexa nr. 2.

(2) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (1) este obligatorie pentru toți furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Se aprobă Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

Art. 4. — Anexele nr. 1, 1a, 1b, 1c, 1d, 2 și 3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 5. — (1) Prezentul ordin intră în vigoare începând cu data de 1 iunie 2011, dată de la care se abrogă prevederile Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.288/489/2006 pentru aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 939 din 21 noiembrie 2006, cu modificările ulterioare.

(2) Formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, în formatul aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.288/489/2006, cu modificările ulterioare, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 1 septembrie 2011. Dacă până la data de 1 septembrie 2011 se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul aprobat prin ordinul menționat mai sus pentru recomandarea de investigații paraclinice de înaltă performanță: RMN, CT, angiografie și scintigrafie, acestea vor fi însoțite de fișele de solicitare prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

Art. 6. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

INSTRUCȚIUNI**privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate****A. Principii generale**

1. Recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d la ordin, de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a face recomandări de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate atrage răspunderea furnizorului și conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

2. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice, denumit în continuare *bilet de trimitere*, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia și numai pentru pacienții care beneficiază de asigurări sociale de sănătate.

3. Se interzic:

— emiterea biletelor de trimitere de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

— emiterea de către unitățile sanitare care furnizează servicii spitalicești a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru investigații contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către unitatea spitalicească respectivă, indiferent de afecțiunile asociate.

4. Investigațiile medicale paraclinice se pot efectua de către orice furnizor de investigații medicale paraclinice aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

B. Instrucțiuni privind utilizarea formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate

1. Biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate împreună cu factura și desfășurătorul activității prestate (în format electronic și pe suport hârtie).

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul „ANULAT” pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe verso-ul cotorului ultimului bilet de trimitere se va preciza: „Acest carnet conține ... file (în cifre și în litere), de la numărul ... la numărul ..., și ... file anulate.”

3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere distribuite furnizorilor de servicii medicale;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

d) achiziția formularelor de bilete de trimitere se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite asiguratul la investigații medicale paraclinice pe baza biletului de trimitere, distribuția și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 3, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere emise asiguraților se va face în registrul de consultații, la rubrica „Recomandări”, unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere emis.

C. Instrucțiuni de completare a formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Formularele de bilete de trimitere se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

„Cod de bare”

Formularele cu regim special — biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

Câmpul 1 — „Unitate medicală”:

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat(ă) contract/convenție, numărul contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în baza căruia/căreia medicul prescriptor prestează serviciul; medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu „X” categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

— „MF” pentru furnizorii de servicii de asistență primară;

— „Amb. Spec.” pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate, inclusiv servicii de medicină dentară.

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de

sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța „Amb. Spec.” atunci când emit un bilet de trimitere pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

— „Altele” pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora.

c) „Nivel de prioritate” — se va bifa cu „x” căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al investigațiilor medicale paraclinice recomandate.

Câmpul 2 — „Date identificare asigurat”:

a) „Asigurat la CAS” — se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

b) „RC” — se completează numărul din registrul de consultații (RC);

c) se alege prin bifare cu „x” categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

— se bifează categoria „Salariat” pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

— se bifează categoria „Co-asigurat” pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

— se bifează căsuța „Liber profesionist” pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

— se bifează categoria „Copil (<18 ani)” pentru toate persoanele care fac dovada calității lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naștere, carte de identitate);

— se bifează categoria „Elev/ucenic/student (18—26 ani)” pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă;

— se bifează căsuța „Gravidă/Lehuză” numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

— se bifează căsuța „Pensionar” pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie, după cum urmează:

• se notează cifra 1 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei;

• se notează cifra 2 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei;

— se bifează căsuța „Veteran”, „Revoluționar” sau „Handicap” numai pentru asigurații care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care li se stabilește această calitate;

— se bifează căsuța „PNS” și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;

— se bifează căsuța „Ajutor social” pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

— se bifează căsuța „Șomaj” pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;

— se bifează căsuța „Card european (CE)” pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ale Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene;

— se bifează căsuța „Acorduri internaționale” pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

— se bifează căsuța „Alte categorii” pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950—1961, cu modificările și completările ulterioare, Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945—1989, cu modificările ulterioare, Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare), dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi;

d) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, adresa completă);

e) „CNP, CE, PASS” — se completează codul numeric personal al pacientului/numărul cardului european/numărul pașaportului, astfel:

— pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al pacientului format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;

— pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se vor completa toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate;

— pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția din nomenclatorul de țări prevăzut în anexa nr. 3 la ordin.

Câmpul 3 — „Cod diagnostic”:

— se vor completa căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului sau diagnosticelor cunoscute ori prezumtive pentru care se recomandă investigațiile;

— se va bifa cu „x” căsuța P pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru unele afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție, precum și cele pentru afecțiunile oncologice, în condițiile în care pentru afecțiunile respective medicația a fost prescrisă pentru un interval de timp de 90 zile, căsuța A/S pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile acute/subacute, căsuța C pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru bolile cronice, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate: diabet și boli de nutriție, precum și cele pentru afecțiuni oncologice, în condițiile în care pentru afecțiunile respective medicația a fost prescrisă

pentru un interval de timp de 90 zile, pentru stabilirea termenului de valabilitate al biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia;

— „Data trimerii” — se va specifica data trimerii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate;

— „Semnătura medicului/Cod parafă/L.S.” — se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a emis biletul de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă;

— „Data reconfirmării” — în situația în care asiguratul se internează în spital în perioada de valabilitate a biletului de trimitere și investigațiile medicale paraclinice de înaltă performanță nu au fost efectuate în timpul spitalizării, se va specifica data reconfirmării trimerii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate, medicul fiind obligat să completeze toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere;

— „Semnătura medicului/Cod parafă/L.S.” — se execută specimenul de semnătură a medicului care a reconfirmat biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a reconfirmat biletul de trimitere pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă, pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere.

Câmpul 4

— În situația în care se completează anexa nr. 1:

„Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate”:

— medicul care trimite asiguratul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație, respectiv numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, separat, pentru fiecare investigație recomandată;

— codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare; pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului – cadru se vor înscrie numerele curente aferente investigațiilor respective;

— „Investigații recomandate” — se va completa de medicul care trimite asiguratul; investigațiile recomandate vor fi scrise lizibil cu majuscule;

— „Investigații efectuate” — se va completa prin bifare cu „X” de furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile. În situația în care furnizorul nu poate efectua toate investigațiile prescrise, le va anula cu o linie pe cele neefectuate, pe ambele exemplare ale biletului de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

— În situația în care se completează una dintre anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d:

4.1 „Tip de examen indicat, cod investigație” — se completează precizându-se tipul de examen indicat conform prevederilor din normele metodologice de aplicare a contractului-cadru; se notează codul investigației sau numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

4.2 „Date clinice și paraclinice care să justifice investigația” — medicul va consemna datele clinice și paraclinice care justifică investigația;

4.3 „S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: Da/Nu” — se va bifa de către medicul care face recomandarea: căsuța „Da”, dacă s-au epuizat celelalte metode de diagnostic,

respectiv căsuța „Nu”, dacă nu s-au epuizat celelalte metode de diagnostic;

4.4 „Examen RMN anterior: Da/Nu”, „Examen CT anterior: Da/Nu”, „Examen scintigrafic anterior: Da/Nu”, „Examen angiografic anterior: Da/Nu” — se va bifa de către medicul care face recomandarea căsuța „Da”, dacă s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente, respectiv căsuța „Nu”, dacă nu s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente;

4.5 „Observații speciale legate de pacient” — se vor consemna, de către medicul care face recomandarea, observațiile speciale legate de pacient, prin bifarea căsuței care corespunde situației pacientului, în funcție de tipul de serviciu de înaltă performanță recomandat;

4.6 „Substanță de contrast: Da/Nu” — pentru serviciile de înaltă performanță, RMN și CT se va bifa, de către medicul radiolog, căsuța „Da”, dacă se utilizează substanță de contrast, respectiv căsuța „Nu”, dacă nu se utilizează substanța de contrast.

Câmpul 5 — „Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice”:

— se va completa în clar numele persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice, care va executa specimenul de semnătură;

— „LS” — se va aplica ștampila furnizorului de servicii paraclinice care a efectuat investigațiile recomandate.

Câmpul 6 — „Data prezentării asiguratului”:

— se va completa de către asigurat data la care acesta s-a prezentat la furnizorul de servicii paraclinice pentru efectuarea investigațiilor, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării;

— „Semnătura asiguratului” — se execută semnătura beneficiarului serviciilor paraclinice recomandate după ce a fost informat asupra tipurilor de investigații medicale paraclinice de care urmează să beneficieze, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării.

Câmpul 7 — „Pacientul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la un furnizor de servicii medicale paraclinice în termen de ... zile de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice! În caz contrar, biletul își pierde valabilitatea.”

— se va consemna de către medicul care face recomandarea numărul maxim de zile calendaristice, de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, pe care pacientul le are la dispoziție pentru a se programa la un furnizor de servicii medicale paraclinice.

Câmpul 8 — „Date care necesită a fi înscrisionate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice”:

La momentul prezentării asiguratului în vederea efectuării investigațiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurări de sănătate, exemplarul alb original: data prezentării, data programării, precum și de a semna și ștampila acest exemplar indiferent dacă investigațiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentării. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa, iar dacă asiguratul refuză programarea va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere își pierde valabilitatea.

LISTA

abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
AF	Afganistan	NU	NU
ZA	Africa de Sud	NU	NU
AL	Albania	NU	DA
DZ	Algeria	NU	DA
AD	Andora	NU	NU
AO	Angola	NU	NU
AI	Anguilla	NU	NU
AG	Antigua și Barbuda	NU	NU
AN	Antilele Olandeze (Bonair)	NU	NU
AR	Argentina	NU	NU
AM	Armenia	NU	DA
AW	Aruba	NU	NU
SH	Ascension, Sf. Elena, Tristan Da Cunha	NU	NU
AU	Australia	NU	NU
AT	Austria	DA	NU
AZ	Azerbaidjan	NU	DA
BS	Bahamas	NU	NU
BH	Bahrain	NU	NU
BD	Bangladesh	NU	NU
BB	Barbade	NU	NU
BY	Belarus	NU	NU
BE	Belgia	DA	NU
BZ	Belize	NU	NU
BJ	Benin	NU	NU
BM	Bermude	NU	NU
BO	Bolivia	NU	NU
BA	Bosnia-Herțegovina	NU	DA
BW	Botswana	NU	NU
BR	Brazilia	NU	NU
BN	Brunei Darussalam	NU	NU
BG	Bulgaria	DA	NU
BF	Burkina Faso	NU	NU
BI	Burundi	NU	NU
BT	Butan	NU	NU
KH	Cambodgia	NU	NU
CM	Camerun	NU	NU
CA	Canada	NU	NU
SP	Insulele Canare	NU	NU
CV	Capul Verde	NU	NU
KZ	Cayman (Insule)	NU	NU
CZ	Cehia	DA	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
CF	Republica Centraficană	NU	NU
CL	Chile	NU	NU
CN	China	NU	DA
TD	Ciad	NU	NU
CZ	Cipru	DA	NU
CI	Coasta de Fildeș	NU	NU
CO	Columbia	NU	NU
YT	Mayotte	NU	NU
PM	Saint Pierre și Miquelon	NU	NU
KM	Comore	NU	NU
CG	Congo	NU	NU
KR	Coreea de Sud	NU	NU
CR	Costa Rica	NU	NU
HR	Croația	NU	DA
CU	Cuba	NU	DA
DK	Danemarca	DA	NU
DJ	Djibuti	NU	NU
DM	Dominica	NU	NU
DO	Republica Dominicană	NU	NU
EC	Ecuador	NU	NU
EG	Egipt	NU	DA
SV	El Salvador	NU	NU
CH	Elveția	NU	NU
AE	Emiratele Arabe Unite	NU	NU
ER	Aritreea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fidji	NU	NU
FI	Finlanda	DA	NU
FR	Franța	DA	NU
GA	Gabon	NU	NU
GM	Gambia	NU	NU
GE	Georgia	NU	NU
GS	Georgia de Sud și Insulele Sandwich de Sud	NU	NU
DE	Germania	DA	NU
GH	Ghana	NU	NU
GI	Gibraltar	NU	NU
GR	Grecia	DA	NU
GD	Grenada	NU	NU
GL	Groenlanda	NU	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
GP	Guadelupa	NU	NU
GU	Guam	NU	NU
GT	Guatemala	NU	NU
GN	Guineea	NU	NU
GW	Guineea Bissau	NU	NU
GQ	Guineea Ecuatorială	NU	NU
GY	Guyana	NU	NU
GF	Guyana Franceză	NU	NU
HT	Haiti	NU	NU
HN	Honduras	NU	NU
HK	Hong Kong	NU	NU
IN	India	NU	DA
ID	Indonezia	NU	NU
CK	Insulele Cook	NU	NU
FK	Insulele Falkland (Malvine)	NU	NU
FO	Insulele Feroe	NU	NU
MP	Insulele Mariane	NU	NU
SB	Insulele Solomon	NU	NU
VG	Insulele Virgine Britanice	NU	NU
VI	Insulele Virgine SUA	NU	NU
WF	Insulele Wallis și Futuna	NU	NU
JO	Iordania	NU	DA
IR	Iran	NU	NU
IQ	Iraq	NU	NU
IE	Irlanda	DA	NU
IS	Islanda	DA	NU
IL	Israel, Autoritatea Palestiniană	NU	NU
IT	Italia	DA	NU
JM	Jamaica	NU	NU
JP	Japonia	NU	NU
KZ	Kazahstan	NU	NU
KE	Kenia	NU	NU
KG	Kîrgîzîstan	NU	NU
KI	Kiribati	NU	NU
XZ	Kosovo	NU	NU
KW	Kuweit	NU	NU
LA	Lao	NU	NU
LS	Lesoto	NU	NU
LV	Letonia	DA	NU
LB	Liban	NU	DA
LR	Liberia	NU	NU
LY	Libia	NU	DA
LI	Liechtenstein	DA	NU
LT	Lituania	DA	NU
LU	Luxemburg	DA	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
GB	Marea Britanie	DA	NU
MO	Macao	NU	NU
MK	Macedonia	NU	DA
MG	Madagascar	NU	NU
MY	Malaezia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldive	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	DA
MH	Marshall (insule)	NU	NU
MQ	Martinica	NU	NU
MR	Mauritania	NU	NU
MU	Mauritius	NU	NU
MX	Mexic	NU	NU
FM	Micronezia (stat federal)	NU	NU
MD	Moldova	NU	DA
MC	Monaco	NU	NU
MN	Mongolia	NU	NU
MS	Monserat	NU	NU
MZ	Mozambic	NU	NU
MM	Myanmar	NU	NU
NA	Namibia	NU	NU
NR	Nauru	NU	NU
NP	Nepal	NU	NU
NI	Nicaragua	NU	NU
NE	Niger	NU	NU
NG	Nigeria	NU	NU
NU	Niue Island	NU	NU
NF	Norfolk (Insule)	NU	NU
NO	Norvegia	DA	NU
NC	Noua Caledonie	NU	NU
NZ	Noua Zeelandă	NU	NU
NL	Olanda	DA	NU
OM	Oman	NU	NU
PK	Pakistan	NU	DA
PW	Palaos	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	DA
PH	Philippines	NU	NU
PN	Pitcairn, Henderson, Ducu	NU	NU
PF	Polinezia Franceză (inclusiv)	NU	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
PL	Polonia	DA	NU
PR	Porto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Quatar	NU	NU
KP	Koreea de Nord	NU	DA
RE	Reunion	NU	NU
RO	România	NU	NU
RU	Rusia (Fed)	NU	DA
RW	Rwanda	NU	NU
AS	Samoa (SUA)	NU	NU
WS	Samoa Occidentală	NU	NU
SM	San Marino	NU	NU
ST	Sao Tome și Principe	NU	NU
SA	Saudi Arabia	NU	NU
SN	Senegal	NU	NU
CS	Serbia și Muntenegru	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Sf. Christophe (Sf. Kitts)	NU	NU
LC	Sf. Lucia	NU	NU
VC	Sf. Vincent și Grenadine	NU	NU
SL	Sierra Leone	NU	NU
SG	Singapore	NU	NU
SY	Siria	NU	DA
SK	Slovacia	DA	NU
SI	Slovenia	DA	NU
SO	Somalia	NU	NU
ES	Spania	DA	NU
LK	Sri Lanka	NU	NU
US	Statele Unite ale Americii	NU	NU
SD	Sudan	NU	NU
SE	Suedia	DA	NU

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
SR	Surinam	NU	NU
SZ	Swaziland	NU	NU
TJ	Tadjikistan	NU	NU
TH	Thailanda	NU	NU
TW	Taiwan	NU	NU
TZ	Tanzania	NU	NU
IO	Teritoriul Britanic din Oceanul Indian	NU	NU
TF	Teritoriile Australe și Antarctice Franceze	NU	NU
TP	Timor Oriental	NU	NU
TG	Togo	NU	NU
TK	Tokelau	NU	NU
TO	Tonga	NU	NU
TT	Trinidad și Tobago	NU	NU
TN	Tunisia	NU	DA
TR	Turcia	NU	DA
TM	Turkmenistan	NU	NU
TC	Turques și Caiques	NU	NU
TV	Tuvalu	NU	NU
UG	Uganda	NU	NU
UA	Ukraina	NU	DA
HU	Ungaria	DA	NU
UY	Uruguay	NU	NU
UZ	Uzbekistan	NU	NU
VU	Vanuatu	NU	NU
VA	Vatican	NU	NU
VE	Venezuela	NU	NU
VN	Vietnam	NU	NU
YE	Yemen	NU	NU
ZM	Zambia	NU	NU
ZW	Zimbabwe	NU	NU

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 870 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 544 din 31 mai 2011

ORDIN

pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 832/302/2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.291 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2.064 din 31 mai 2011;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare, în temeiul dispozițiilor:
 - art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 832/302/2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 361 din 12 mai 2008, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La articolul 1, alineatul (2) va avea următorul cuprins:

„(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, inserierea și numerotarea formularelor de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1.”

2. Anexa nr. 1 se modifică și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

3. În anexa nr. 2, la capitolul II, partea introductivă va avea următorul cuprins:

„Formularele de prescripții medicale se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor.

Formularele cu regim special — prescripții medicale vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.”

4. În anexa nr. 2, la capitolul II punctul 1, literele a), b) și e) vor avea următorul cuprins:

„a) se completează cu denumirea cabinetului medical sau a unității medicale, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care medicul a încheiat contractul/convenția, numărul contractului de furnizare de servicii medicale sau al convenției. Medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu «x» categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

— «MF» — medicină de familie;

— «Amb. Spec.» — ambulatoriul de specialitate (inclusiv cabinetele de medicină dentară); medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casa de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța «Amb. Spec.» atunci când eliberează prescripții medicale pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

— «Spital» — pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, inclusiv cele autorizate

de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi;

— «Altele» — conform prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

— «MF-MM» — se bifează atunci când medicul de familie prescrie medicamente pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; rețeta eliberată de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii va constitui o rețetă distinctă;

e) «Aprobat comisie» — în cazul în care se prescriu medicamente pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul caselor de asigurări de sănătate sau la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, se notează: grupa de boală cronică aferentă afecțiunii care a fost aprobată de comisie (G_x)/numărul programului (P_x), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare, emis/emisă de comisie.

«Semnătură medic» — se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa acestuia.”

5. În anexa nr. 2, la capitolul II punctul 2 litera e), subpunctul (i) va avea următorul cuprins:

„(i) pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al asiguratului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;”

6. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 5 va avea următorul cuprins:

„5. «Semnătură medic» (parafă/cod) — se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.”

7. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 11 va avea următorul cuprins:

„11. «Taxare» — farmacistul va menționa în rubrica «Denumire comercială» și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicitul acestuia) medicamentele pe care le eliberează. În cazul testelor de automonitorizare, farmacia va specifica în cadrul acestei rubrici sintagma «teste de automonitorizare», iar la rubrica «Valoare compensare» va înscrie suma rezultată ca urmare a înmulțirii

numărului de teste de automonitorizare eliberate cu prețul de decontare stabilit pentru un test de automonitorizare. În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, farmacistul le anulează în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», nefiind permisă eliberarea altor medicamente/ materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective. În cazul DCI-urilor din sublista B prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, la rubrica «Valoare compensare» se vor trece pentru fiecare medicament valoarea de compensare corespunzătoare aplicării cotei de 50% din prețul de referință, notându-se în paranteză «CNAS», și valoarea de compensare de 40% din prețul de referință, notându-se în paranteză «MS», pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru.

În rubrica «Total» din secțiunea «Taxare» se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3.”

8. În anexa nr. 3, titlul va avea următorul cuprins:

**„LISTA
abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri,
înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale
cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre
ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European,
conform prevederilor respectivelor documente”**

9. În anexa nr. 3, la codurile țărilor „IL” și „NO”, în căsuța „Acord internațional”, sintagma „DA” se înlocuiește cu sintagma „NU”.

Art. II. — (1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu 1 iunie 2011.

(2) Până la epuizarea stocurilor formularelor de prescripții medicale elaborate conform modelului prevăzut în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 832/302/2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, cu modificările și completările ulterioare, acestea pot fi utilizate în paralel cu formularul de prescripții medicale elaborat conform modelului prevăzut în anexa nr. 1 la același ordin, modificată conform prezentului ordin, dar nu mai târziu de 1 septembrie 2011.

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

privind metodologia de stabilire a prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Având în vedere:

— Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DGRC/27 din 30 mai 2011;

— art. 115 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, cu modificările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Prețurile de referință și sumele de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se obțin în urma calculării mediei aritmetice a 3 dintre cele mai mici prețuri de vânzare cu amănuntul dintre prețurile de vânzare cu amănuntul minime, respectiv a 3 dintre cele mai mici sume de închiriere dintre sumele de închiriere minime, după eliminarea extremelor minime și a ajustării, după caz, cu +/- 15%, astfel încât să nu fie mai mari sau mai mici cu 15%, raportate la prețurile de referință și sumele de închiriere corespunzătoare anului 2010.

(2) Prețurile de vânzare cu amănuntul minime, respectiv sumele de închiriere minime pentru fiecare categorie și tip de dispozitiv medical sunt cele din listele cu prețurile de vânzare cu amănuntul și/sau sumele de închiriere, care au fost transmise Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către furnizorii evaluați de dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Cele 3 dintre cele mai mici prețuri de vânzare cu amănuntul dintre prețurile de vânzare cu amănuntul minime, respectiv 3 dintre cele mai mici sume de închiriere dintre sumele de închiriere minime se stabilesc pentru cele mai mici 3 valori diferite ale prețurilor de vânzare cu amănuntul minime, după eliminarea prețului de vânzare cu amănuntul cel mai mic dintre cele minime, respectiv pentru cele mai mici 3 valori diferite ale sumelor de închiriere minime, după eliminarea sumei de închiriere cea mai mică dintre cele minime corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale.

Art. 2. — În cazul în care pentru o categorie sau pentru un tip de dispozitiv medical există mai puțin de 3 prețuri de vânzare cu amănuntul, respectiv sume de închiriere, se calculează prețul de referință, respectiv suma de închiriere după cum urmează:

a) pentru prețurile de vânzare cu amănuntul, respectiv sumele de închiriere trimise de un singur furnizor se consideră prețul de vânzare cu amănuntul minim, respectiv suma de închiriere minimă;

b) pentru prețurile de vânzare cu amănuntul, respectiv sumele de închiriere trimise de 2 furnizori se calculează media aritmetică a prețurilor de vânzare cu amănuntul minime, respectiv sumele de închiriere minime din listele acestor furnizori.

Art. 3. — În cazul protezelor de membru superior, pentru fiecare categorie, prețul de referință calculat pentru protezele funcționale acționate prin cablu se stabilește și pentru protezele tip funcțională acționată mioelectric, respectiv funcțională acționată atipic electric.

Art. 4. — Pentru dispozitivele medicale la care nu s-au trimis oferte de preț de către furnizorii de dispozitive medicale nu se stabilesc prețuri de referință, respectiv sume de închiriere.

Art. 5. — (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere.

(2) Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, este prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 6. — Pentru dispozitivele medicale acordate pe o perioadă nedeterminată/determinată al/a căror preț de vânzare cu amănuntul/suma de închiriere este mai mic/mică decât prețul de referință/suma de închiriere, prevăzute în anexă, acesta/aceasta devine preț de referință/sumă de închiriere.

Art. 7. — (1) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință/suma de închiriere al/a acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul/suma de închiriere cea mai mică, care devine preț de referință/sumă de închiriere.

(2) În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință/suma de închiriere, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul/suma de închiriere al/a dispozitivului medical, dacă acesta/aceasta este mai mic/mică decât prețul de referință/suma de închiriere, respectiv prețul de referință/suma de închiriere, dacă prețul de vânzare cu amănuntul/suma de închiriere al/a dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință/suma de închiriere.

Art. 8. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 1 iunie 2011.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Nicolae-Lucian Duță

București, 31 mai 2011.

Nr. 545.

LISTA

prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză auditivă	Retroauriculară/Intraauriculară	929,40
2.	Proteză fonatorie	a) vibrator laringian	1.149,25
		b) buton fonator (shunt — ventile)	977,39
3.	Proteză traheală	a) canulă traheală simplă	412,77
		b) canulă traheală Montgomery	1.523,13

B. Dispozitive pentru protezare stomii

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/set —
C1	C2	C3	C4
1.	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	241,80
		b) sac colector pentru urostomie	180,70
2.	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanșă-suport și sac colector)	186,4
		b) pentru urostomie (flanșă-suport și sac colector)	297,91

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/set —
C1	C2	C3	C4
1.	Condom urinar		114,50
2.	Sac colector de urină		17,38
3.	Sonda Foley		24,68
4.	Cateter urinar		1.035,00
5.	Benzi intravaginale pentru incontinență urinară		— lei/buc. —
			1.409,14

D. Proteze pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	1.673,13
		b) CHOPART	1.747,90
		c) PIROGOFF	1.927,91
2.	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2.088,74
3.	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2.391,94
		b) convențională, din piele	2.099,18
		c) geriatrică	2.433,18
		d) modulară	2.445,18
4.	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	5.274,19

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
5.	Proteză de coapsă	a) pilon	1.562,86
		b) combinată	2.497,96
		c) din plastic	2.721,32
		d) cu vacuum	3.280,32
		e) geriatrică	2.931,85
		f) modulară	4.439,33
		g) modulară cu vacuum	4.567,96
6.	Proteză de șold	a) convențională	2.808,94
		b) modulară	7.216,82
7.	Proteză parțială de bazin hemipelvectomy	a) convențională	3.595,17
		b) modulară	7.211,21

E. Proteze pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	1.451,85
		b) funcțională	1.869,21
2.	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2.517,59
		b) funcțională acționată pasiv	3.028,94
		c) funcțională acționată prin cablu	3.874,15
		d) funcțională acționată mioelectric	3.874,15
3.	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2.515,68
		b) funcțională acționată pasiv	2.916,60
		c) funcțională acționată prin cablu	3.694,84
		d) funcțională acționată mioelectric cu prosupinație pasivă	3.694,84
		e) funcțională acționată mioelectric cu prosupinație activă	3.694,84
4.	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	4.472,62
		b) funcțională acționată pasiv	3.955,45
		c) funcțională acționată prin cablu	5.083,75
		d) funcțională atipic electric	5.083,75
		e) funcțională mioelectrică	5.083,75
5.	Proteză de braț	a) funcțională simplă	3.696,86
		b) funcțională acționată pasiv	4.710,19
		c) funcțională acționată prin cablu	4.930,16
		d) funcțională atipic electric	4.930,16
		e) funcțională mioelectrică	4.930,16
6.	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	4.835,43
		b) funcțională acționată pasiv	4.884,25
		c) funcțională acționată prin cablu	5.570,03
		d) funcțională atipic electric	5.570,03
		e) funcțională mioelectrică	5.570,03
7.	Proteză pentru amputație interscapulo-toracică	a) funcțională simplă	4.804,34
		b) funcțională acționată pasiv	5.664,36
		c) funcțională acționată prin cablu	5.461,81
		d) funcțională atipic electric	5.461,81

F. Dispozitive de mers

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Baston		40,08
2.	Baston	cu 3/4 picioare	81,56
3.	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	46,33
		b) cu sprijin subaxilar metalică	85,07
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	49,13
4.	Cadru de mers		169,00
5.	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	Prețul de referință — lei/buc. —
		a) cu antrenare manuală/electrică	1.265,90
		b) triciclu pentru copii	1.705,34
		perioadă determinată	Suma de închiriere — lei/lună —
		a) cu antrenare manuală	0,00
		b) triciclu pentru copii	0,00

G. Orteze**G.1 Orteze pentru coloana vertebrală**

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze cervicale	a) colar	68,37
		b) Philadelphia/Minerva	206,67
		c) Schanz	63,20
2.	Orteze cervicotoracice		100,23
3.	Orteze toracice		172,14
4.	Orteze toracolombosacrale		235,59
		a) corset Cheneau	1.093,02
		b) corset Boston	1.106,33
		c) corset Euroboston	1.162,62
		d) corset Hessing	234,40
		e) corset de hiperextensie	1.135,43
		f) corset Lyonnais	1.312,08
g) corset de hiperextensie în 3 puncte pentru scolioză	1.197,25		
5.	Orteze lombosacrale		129,77
		lombostat	132,08
6.	Orteze sacroiliace		102,52
7.	Orteze cervicotoracolombosacrale	a) corset Stagnara	1.654,53
		b) corset Milwaukee	1.379,71

G.2 Orteze pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze de deget		83,04
2.	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	91,70
		b) dinamică	117,43
3.	Orteze de încheietura mâinii—mână	a) fixă	120,08
		b) dinamică	77,40
4.	Orteze de încheietura mâinii—mână—deget	fixă/mobilă	137,73
5.	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	150,25
6.	Orteze de cot—încheietura mâinii—mână		405,88
7.	Orteze de umăr		259,66
8.	Orteze de umăr—cot		312,97
9.	Orteze de umăr—cot— încheietura mâinii—mână	a) fixă	940,41
		b) dinamică	2.527,23

G.3 Orteze pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze de picior		321,82
2.	Orteze pentru gleznă—picior	fixă/mobilă	145,44
3.	Orteze de genunchi	a) fixă	434,62
		b) mobilă	432,96
		c) Balant	670,51
4.	Orteze de genunchi— gleznă—picior		830,33
		a) Gambier cu scurtare	300,10
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	386,83
	c) pentru scurtarea membrului pelvin	1.306,35	
5.	Orteze de șold		1.840,89
6.	Orteze șold—genunchi		2.003,99
7.	Orteze de șold—genunchi— gleznă—picior		1.865,21
		a) coxalgieră (aparat)	1.825,37
	b) Hessing (aparat)	801,60	
8.	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	121,21
		b) de abducție	76,57
		c) Dr. Fettwies	1.778,70
		d) Dr. Behrens	1.184,34
		e) Becker	92,73
		f) Dr. Bernau	666,28
9.	Orteze corectoare de statică a piciorului		— lei/pereche —
		a) susținători plantari cu număr până la 23 inclusiv	47,11
		b) susținători plantari cu număr mai mare de 23,5	52,14
		c) Pes Var/Valg	238,15
	d) Hallux-Valgus	— lei/buc. —	
		92,83	

H. Încălțăminte ortopedică

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/pereche —
C1	C2	C3	C4
1.	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	239,86
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	297,51
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	241,80
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	251,55
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	245,59
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	317,85
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	268,29
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	331,91
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	313,39
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	377,03
2.	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	209,17
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	257,00
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	214,48
		d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	269,82
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	262,62
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	313,81
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	261,96
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	327,31

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/buc. —
C1	C2	C3	C4
1.	Lentile intraoculare	a) pentru camera anterioară b) pentru camera posterioară	284,73

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Prețul de referință — lei/lună —
C1	C2	C3	C4
1.	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen		135,59
		concentrator de oxigen	183,45

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

privind aprobarea formularelor de raportare la casa de asigurări de sănătate a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

Având în vedere:

- Referatul Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DGRC/28 din 30 mai 2011;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă formularul de raportare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, pe baza căruia furnizorii de medicamente transmit zilnic la casele de asigurări de sănătate situația medicamentelor eliberate, prevăzut în anexa nr. 1.

(2) Se aprobă formularul de raportare a medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, pe baza căruia furnizorii de medicamente transmit zilnic la casele de asigurări de sănătate situația medicamentelor și a materialelor sanitare eliberate, prevăzut în anexa nr. 2.

Art. 2. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 3. — 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 prezentului ordin.

Art. 4. — (1) Prezentul ordin intră în vigoare începând cu data de 1 iunie 2011 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă anexa nr. 8 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 428/2010 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale — formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 296 și 296 bis din 6 mai 2010, cu modificările și completările ulterioare.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

București, 31 mai 2011.
Nr. 546.

ANEXA Nr. 1

FORMULAR
pentru raportarea la data de .../.../2011 a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Nr. crt.	Data*) eliberării			Casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală	Denumirea furnizorului (societate comercială farmaceutică)	CUI furnizor (societate comercială farmaceutică)	Datele contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate			Total medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu (lei)	din care:									
	an	lună	zi				Nr. contractului	Data*) contractului			Total	din care pentru:		Medicamente eliberate corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate **) (lei)	Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu (lei)	din care pentru:		Medicamente corespunzătoare DCI-urilor în sublista B pentru pensionari cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe luna ***) (lei)	din care pentru:	
								an	lună	zi		cazuri acute/subacute	cazuri cronice			cazuri acute/subacute	cazuri cronice		cazuri acute/subacute	cazuri cronice
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11= 12+13	12= 16+19	13=14+ 17+20	14	15= 16+17	16	17	18=19+20	19	20

*) Data se completează în cifre.

**) Conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează contravaloarea procentului de compensare de 40% din prețul de referință pentru medicamentele din sublista B eliberate conform „Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună” și pentru care decontarea se face prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul FNUASS.

Precizare:

1. Se raportează datele corespunzătoare tuturor farmaciilor și officinelor locale de distribuție pentru care societatea comercială farmaceutică a încheiat contract cu Casa de asigurări de sănătate.

2. În formular nu se includ medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

NOTĂ:

Formularul se transmite caselor de asigurări de sănătate zilnic, până la ora 12,00 a.m., în format electronic, pentru ziua anterioară.

FORMULAR

pentru raportarea la data de .../.../2011 a medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

Nr. crt.	Data*) eliberării			Casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală	Denumirea furnizorului (societate comercială farmaceutică)	CUI furnizor (societate comercială farmaceutică)	Datele contractului încheiat cu Casa de asigurări de sănătate			Total medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ** (lei)	din care:								
	an	lună	zi				Nr. contractului	Data*) contractului			Programul național de oncologie	Programul național de diabet zaharat (tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat)	Programul național de diabet zaharat (teste automonitizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulmotratat)	Programul național de transplant organe, țesuturi și celule de origine umană (tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților cu transplant)	Epidermoliza buloasă	Mucoviscidoza	Scleroza laterală amiotrofică	Sindromul Prader Willi	
								an	lună										zi
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

*) Data se completează în cifre.

**) Se completează pentru fiecare program pentru care medicamentele, respectiv materialele sanitare se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în vigoare și a normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în vigoare.

Precizări:

- Se raportează datele corespunzătoare tuturor farmaciilor și officinelor locale de distribuție pentru care societatea comercială farmaceutică a încheiat contract cu Casa de asigurări de sănătate.
- col.11 = col.12+col.13+col.14+col.15+col.16+col.17+col.18+col.19.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

NOTĂ:

Formularul se transmite caselor de asigurări de sănătate zilnic, până la ora 12,00 a.m., în format electronic, pentru ziua anterioară.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



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

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

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

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

