

ORDIN Nr. 563/2023 din 12 iulie 2023

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

EMITENT: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 668 bis din 20 iulie 2023

*) Ordinul nr. 563/2023 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 668 din 20 iulie 2023 și este reprodus și în acest număr bis.

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC 33 din 12.07.2023,

în temeiul prevederilor:

- art. 192 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. 1

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

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

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

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

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

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

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

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor aflate în evidența medicilor de familie cu afecțiunile cronice prevăzute în anexa nr. 6 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și a listei persoanelor aflate în evidența medicilor de familie cu afecțiunile cronice pentru care se face management de caz: risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform anexelor nr. 7.1 și 7.2.

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

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

(10) Furnizorii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate transmit factura și formularele prevăzute la alin. (1) - (8) în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

ART. 2

(1) Anexele nr. 1-a - 1-j, 2-a - 2-n, 3-a - 3-j, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a - 8-c fac parte integrantă din prezentul ordin.

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

ART. 3

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

ART. 4

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

- a) asigurați;
- b) cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale;
- c) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane;
- d) persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

f) persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare;

g) persoanele neasigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru serviciile acordate la nivelul asistenței medicale primare; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

h) persoanele care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care se acordă servicii și medicamente, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

(2) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. f), în coloana "cod numeric personal/cod unic de identificare" se va completa numărul unic de identificare atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

(3) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. h), în coloana "cod numeric personal/cod unic de identificare" se va completa numărul unic de identificare atribuit.

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

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

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

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

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

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

f) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele, data nașterii, în cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare. Se vor atașa copii ale documentelor prevăzute de Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.

(5) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la pct. 1.1, 1.3 și 1.5 din anexa nr. 8-a nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

(6) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la pct. I, I.2, II și II.2 din anexa nr. 8-c nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 5

La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 731 și 731 bis din 26 iulie 2021, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 6

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

ART. 7

(1) Prevederile prezentului ordin se aplică pentru raportarea serviciilor medicale, respectiv a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, începând cu raportarea activității lunii iulie 2023.

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

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Călin Gheorghe Fechet

București, 12 iulie 2023.

Nr. 563.

ANEXA 1-a

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al
.....	furnizorului
Localitate
Județ	Medic de familie

	(nume prenume)
	CNP medic de familie

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

Grupa de vârstă*)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Codul categoriei din care face parte asiguratul***);

b - Data înscrierii pe listă;

c - Data ieșirii de pe listă.

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Gen**)	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită (*)	a	b	c
1		M F						
2								
...								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

ANEXA 1-a

(continuare)

II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

Grupa de vârstă*)

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

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se va bifa genul persoanei înscrise.

ANEXA 1-a

(continuare)

III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR

EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ

Grupa de vârstă*)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data înscrierii pe listă;

B - Data ieșirii de pe listă.

Nr.	Nume și prenume	Gen (**)	Tipul de document european (E106, E109, S2, E120, E121/S1/similar)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord competent	Vârsta (împlinită*)	Codul din care face parte asiguratul (***)	A	B
1									
2									
..									

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

NOTĂ:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale.

În vederea contractării, formularele din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, atât pentru medicii nou veniți cât și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

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

și/sau

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

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I și III din anexa 1-a se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Formularele I și III din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale la data încheierii actului

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

Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
semnătură electronică extinsă/calificată

Confirmat de casa de asigurări de sănătate
.....

Data:

IV. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Grupa de vârstă*)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data înscrierii pe listă;
B - Data ieșirii de pe listă.

Nr. și pre-nume	Gen (**)	Tipul de document de deschidere de drepturi ****)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul cu care RO a încheiat documente juridice internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Vârsta (împlinită*)	Codul din care face parte asiguratul (***)	A	B
1								
2								
..								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

ANEXA 1-b

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD	Comentarii
Copil în cadrul familiei	100	
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)	
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani, dacă sunt elevi,	102	

<p>inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.</p>		
<p>Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare</p>	103	
<p>Studenți-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare</p>	104	
<p>Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat</p>	105*)	
<p>Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate</p>	106	
<p>Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, modificat prin O.G. nr. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000.</p>	107.1	
<p>Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare.</p>	107.2	
<p>Persoanele prevăzute în Legea recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare</p>	107.3	
<p>Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare</p>	107.4	
<p>Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție</p>	107.5	

pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare		
Persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.	108	
Femei însărcinate sau lăuze	109	
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni.	110	
Persoanele fizice care realizează venituri din salarii și asimilate salariilor	200	
Persoane cu venituri din activități independente	203	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	204	
Persoane cu venituri din cedarea folosinței bunurilor (chirii, arendarea bunurilor agricole)	205	
Persoane cu venituri din investiții	206	
Persoane cu venituri din activități agricole, silvicultură și piscicultură	207	
Persoane fizice potrivit art. 180 din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare	208	
Lucrători imigranți, cu domiciliul sau reședința în România	210	
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 114 din Codul fiscal	211	
Persoane prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din O.U.G. nr. 158/2005	212	
Persoane preluate în plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale de către CNPP prin casele teritoriale/sectoriale de pensii	216	
Persoane cu venituri din contracte de activitate sportivă.	217	
Persoane cu venituri din asocierea cu o persoană juridică	218	
Persoane fizice care se află în concedii medicale incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale, precum și cele care se află în concedii medicale acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și	300	

completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale.		
Persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit prevederilor art. 2 și art. 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi.	301	
persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care se află în executarea unei măsuri educative privative de libertate, precum și persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate;	302	
Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii, pentru aceste drepturile bănești*1).	303	
Persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii.	304	
Persoanele fizice care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	305	
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308	
Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte.	309	
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310	
Persoanele fizice care au calitatea de pensionari, pentru veniturile din pensii, precum și pentru veniturile realizate din drepturi de proprietate	314	

intelectuală care nu se încadrează în categoria "Pensionar de invaliditate"		
Pensionar de invaliditate	315	
Voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare	316	
Prestatorii casnici care utilizează și preschimbă în bani, potrivit legii, cel puțin 85 de tichete de activități casnice, lunar	229	
Donatorii de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient neînrudit sau înrudit, pentru o perioadă de 10 ani de la donare	228	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1/similar)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E109/S1/similar)	402	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1/similar)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1/similar)	404	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E109/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	

Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	
Pacienți din Quebec, beneficiari ai formularelor QUE/ROU 106	409	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 3	410	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 4	411	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 6	412	
Beneficiari ai formularelor ROU/QUE 106, eliberate de casa de asigurări de sănătate	413	
Beneficiari ai formularelor R/TR 3, eliberate de casa de asigurări de sănătate	414	
Beneficiari ai formularelor R/TR 4, eliberate de casa de asigurări de sănătate	415	
Beneficiari ai formularelor R/TR 6, eliberate de casa de asigurări de sănătate	416	
Beneficiari ai formularelor R/TR 5 eliberate de casa de asigurări de sănătate	417	
Pacienții din TURCIA, beneficiari ai formularelor TR/R 5	418	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 106 eliberate de casa de asigurări de sănătate	419	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 109 eliberate de casa de asigurări de sănătate	420	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 121 eliberate de casa de asigurări de sănătate	421	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 106	422	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 109	423	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 121	424	

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

*1) Sintagma "pentru aceste drepturile bănești" nu este corectă din punct de vedere gramatical, însă ea este reprodușă exact în forma în care a fost publicată la pagina 9 din Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 668 bis din 20 iulie 2023.

ANEXA 1-c

sau dați în plasament - masculin				
0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - masculin				
0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
0 - 3 ani - feminin total din care:				
0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - feminin				
0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
4 - 18 ani - masculin total din care:				
4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				

4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
4 - 18 ani - feminin total din care:				
4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
19 - 39 ani - masculin total din care:				
19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia				

statului - masculin				
19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
19 - 39 ani - feminin total din care:				
19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
40 - 59 ani - masculin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
40 - 59 ani, pensionari de				

invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
40 - 59 ani - feminin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
60 ani și peste - masculin total din care:				

60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
60 ani și peste - feminin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale				

internaționale cu prevederi în				
domeniul sănătății, înscrise pe				
lista medicului de familie) -				
feminin				
TOTAL				

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - masculin + copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - feminin + copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - masculin + nr. copiilor instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - feminin + nr. copiilor instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din

statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "60 ani și peste" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "60 ani și peste" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

ANEXA 1-c
(continuare)

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Numele și Gen*) Cod numeric Adresa Vârsta Data Data
Crt. prenumele _____ personal/ împlinită înscri- ieșirii
persoanei M F Cod unic de **) erii pe de pe
beneficiare identificare listă listă
a
pachetului
minimal de
servicii
medicale
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
1. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
... _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

*) Se va bifa genul persoanei înscrise.

**) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023.

B. Recapitulăția persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe lista

medicului de familie

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

ANEXA 1-c

(continuare)

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Codul categoriei din care face parte asiguratul***);
- b - Data înscrierii pe listă;
- c - Data ieșirii de pe listă.

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen *)	Tipul de formular/document european (E106, E109, E120, E121/S1/similar)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, competent	Vârsta	a	b	c
		M F				împli- nită **)			
1.									
2.									

B. Recapitulația persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:

*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

1. Formularele din anexa 1-c se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar în format electronic cu

semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

ANEXA 1-c
(continuare)

IV. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE
ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Vârsta împlinită**);
- b - Codul categoriei din care face parte titularul documentului***);
- c - Data înscrierii pe listă;
- d - Data ieșirii de pe listă.

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen*)	Tipul de document	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul cu care RO a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	a)	b)	c)	d)
		M F	de deschidere de drepturi ****)						
1.									
2.									

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

*****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

B. Recapitulatia persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.

0 - 3 ani - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:

*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO 106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6

ANEXA 1-d

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al

furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

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

1. Numărul de puncte "per capita"

Nr.	Grupa de vârstă	Nr.	Nr. persoane	Nr. puncte
Crt.		puncte*)/	asigurate**)	realizat
		pers./an		(col. 2 x
				col. 3)

0	1	2	3	4=2x3
1.	0 - 3 ani - masculin		***)	
2.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
3.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
4.	0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
5.	0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
6.	0 - 3 ani - feminin		****)	
7.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
8.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
9.	0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
10.	0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			

11.	4 - 18 ani - masculin		*****)	
12.	4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
13.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
14.	4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
15.	4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
16.	4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
17.	4 - 18 ani - feminin		*****)	
18.	4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
19.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
20.	4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
21.	4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
22.	4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri,			

	înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
23.	19 - 39 ani - masculin		*****)	
24.	19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
25.	19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
26.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
27.	19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
28.	19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
29.	19 - 39 ani - feminin		*****)	
30.	19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
31.	19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
32.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului -			

	feminin			
33.	19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
34.	19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
35.	40 - 59 ani - masculin		*****))	
36.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
37.	40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
38.	40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
39.	40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
40.	40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
41.	40 - 59 ani - feminin		*****))	
42.	40 - 59, persoane			

	instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
43.	40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
44.	40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
45.	40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
46.	40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
47.	60 ani și peste - masculin		*****)	
48.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
49.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
50.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
51.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			

52.	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
53.	60 ani și peste - feminin		*****	
54.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
55.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
56.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
57.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
58.	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
	TOTAL			

*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele

asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

***) numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" masculin (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2, 3, 4 și 5.

****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" feminin (de la col. 3 rândul 6) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 7, 8, 9 și 10.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" masculin (de la col. 3 rândul 11) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 12, 13, 14, 15, și 16.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" feminin (de la col. 3 rândul 17) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 18, 19, 20, 21 și 22.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin (de la col. 3 rândul 23) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 24, 25, 26, 27 și 28.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin (de la col. 3 rândul 29) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 30, 31, 32, 33 și 34.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin (de la col. 3 rândul 35) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 36, 37, 38, 39 și 40.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin (de la col. 3 rândul 41) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 42, 43, 44, 45 și 46.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" masculin (de la col. 3 rândul 47) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 48, 49, 50, 51 și 52.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" feminin (de la col. 3 rândul 53) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 54, 55, 56, 57 și 58.

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

I. Dacă total col. 4 este mai mic decât 22.000 inclusiv, plata per capita se realizează după cum urmează:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II. a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte "per capita"/an depășește 22.000 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001 - 26.000 inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.001 + (Total col. 4 - 22.001) x 0,75

Dacă total col. 4 este peste 26.000:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,5

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

b.1) pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4}$$

b.2) pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

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

b.3) pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

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

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023, se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4}$$

c.2) pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

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

c.3) pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

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

III. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială din mediul urban și rural în condițiile prevederilor art. 14 alin. (2) - (4) de la capitolul I din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023:

$$\text{Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) =}$$

IV. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 14 alin. (5) - (8) de la capitolul I din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023:

$$\text{Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) =}$$

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

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

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Total număr de puncte lunar

(col. 1 + col. 4 +/- col. 6

sau

col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6).

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

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

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

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

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

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

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

	serviciu medical		puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			

a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			

c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			

e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical			

constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

- *1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- *17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 4.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea

reperului corespunzător prevăzut în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat", cu modificările ulterioare, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Specialitatea medicului din col. 6;

b - Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală).

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 4.1*1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou- confirmat din col. 4*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	a	b
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				10			
2.				10			
3.				10			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

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

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

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

Total număr puncte pe serviciu pe lună	Total număr de puncte pe caz nou confirmat =	Total număr de puncte lunar
--	--	-----------------------------

menționat în col. 4 din tabelul 4.1	total col. 5 din tabelul 4.2	
1	2	3 = 1 + 2

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
3.1 Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță**4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe			

dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			

d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai			

multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos,			

subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
H. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială*18)			
I. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical*19)			
J. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*20)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.

1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.6.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*18) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*19) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*20) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 5.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat", cu modificările ulterioare, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Specialitatea medicului din col. 6;

b - Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract

se regăsește în scrisoarea medicală).

Nr. Crt.	Numele și prenumele	Cod numeric personal/ Cod unic de identifi- cării	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 5.1*1)	Nr. Puncte/ caz nou- confirmat din col. 4*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	a	b
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				10			
2.				10			
3.				10			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

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

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

5.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 5.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 5.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col. 5 din tabelul 5.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

5.4. Total puncte pe serviciu (suportate de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate) = total puncte col. 3 de la pct. 5.3

5.5. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu în raport cu gradul profesional, pentru

serviciile din pachetul minimal:

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 5.4 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" minus total col. 4 lit. D de la desfășurătorul de la punctul 5.1	Majorarea/Diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
1	2	3

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte de
1	2	3	4=2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
1. Consultația în caz de boală*4) în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X
a. consultație pentru afecțiuni acute			
b. consultație pentru afecțiuni subacute			
c. consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*5)			

TOTAL	X		
-------	---	--	--

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiu de asigurare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1)	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de			

medicul de familie.			
TOTAL	X		

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice -			

la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			

1) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X

d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiografei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor,			

pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecției purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2

la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8.1 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/S1/similar.

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Nr. Puncte/asigurat caz nou-confirmat din col. 6*2);

B - Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 6;

C - Specialitatea medicului din col. 8;

D - Nr. contractului încheiat de medicul din col. 8 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală).

Nr.	Numele	Cod	Tipul de	Statul	Caz nou	A	B	C	D
-----	--------	-----	----------	--------	---------	---	---	---	---

Crt.	și prenume	numeric personal/ Cod unic de identifi- ficare	formular/ document european (E106, Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, competent	membru UE/SEE/ Confederația de speciali- tate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 8.1*1)	confirmat de medicul				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.						10			
2.						10			
3.						10			
...						..			
TOTAL	X	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

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

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.

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

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

9.1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele*) cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare):

*) În Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 668 bis din 20 iulie 2023, sintagma "pacienților din

statele" era indicată, în mod eronat, ca fiind "pacienților din statele din statele".

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X

1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X

a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii			

arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			

v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Nr. Puncte/asigurat caz nou-confirmat din col. 5*2);

B - Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 5;

C - Specialitatea medicului din col. 7;

D - nr. contractului încheiat de medicul din col. 7 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală).

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal/Cod unic de identificare	Statul cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, în domeniul pct. 4 în sănătății	A	B	C	D
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.					10			
2.					10			
3.					10			
...					..			
TOTAL	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2)

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

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

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

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

9.4. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate persoanelor cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			

a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			

d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			

d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			

s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul de la pct. 9.4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele persoanei, data nașterii, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale (documentele sunt cele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare).

9.5. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi - pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4;

b - Specialitatea medicului din col. 6;

c - Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală).

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Număr unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 9.4*1)	Nr. Puncte/ persoană beneficiară caz nou-confirmat din col. 4*2)	a	b	c
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				10			
2.				10			

3.				10			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

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

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/persoană beneficiară, în luna în care a fost confirmat;

9.6. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.4

Total număr de puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 9.4	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 5 din tabelul 9.5	Total număr de puncte lunar
1	2	3=1+2

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4.3 + total pct. 6 + total pct. 7 + total pct. 8.3 + total pct. 9.3 + total pct. 9.6
--

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

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

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" minus total col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 4.1, minus col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 8.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 9.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 9.4	Majorarea/diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
1.	2.	3.

--	--	--

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 1-d) se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

ANEXA 1-e

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

Situația punctajului în asistența medicală primară în trimestrul

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

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

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL
DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din anexa 1-e se întocmește trimestrial în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA 1-f

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

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

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr zile lucrate	Venit lunar*)	Suma necesară pentru chelt. de administrare și funcționare a cabinetului medical**) col. 3 x 1,5	Total sume luate în calculul drepturilor (col. 3 + col. 4) x col. 2. / col. 1
1.	2.	3.	4.	5.

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

*) Conform art. 17 lit. a) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

**) Conform art. 17 lit. b) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL
DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ:

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

ANEXA 1-g

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Situația cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o unitate administrativ-teritorială, trimestrul

Luna	Număr medici	Sumă aferentă unei liste echilibrate de 800 de asigurați*)	Sume necesare pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului medical**)	Total sume
1.	2.	3.	4.	5=3+4
TOTAL				
Sume raportate în plus sau în minus***)				

*) Sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte "per capita" aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, conform art. 6 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Conform art. 17 lit. b) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023 și conform art. 6 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL
DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din anexa 1-g se întocmește trimestrial în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA 1-h

	medicale	Coduri unice de identificare	medicale	identificare - beneficiare/ numere de identificare personale
I. SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"				
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală				
2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie				
3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	x	x	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.				
4. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță				
5. Activități de suport - eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de				

concediu medical;				
b) bilete de trimitere;				
c) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;				
d) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;				
e) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologie - eliberate conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unitățile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna și recreerea copiilor și tinerilor, cu modificările ulterioare;				
f) prescripții medicale				
g) avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului sănătății și al ministrului educației nr. 438/4629/2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui				

stil de viață sănătos;				
h) fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;				
i) adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază;				
j) documente medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;				
k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu;				
l) recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu;				

m) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.				
II. CONSULTAȚIILE prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile de la pct. 1.4.2 de la litera B din anexa 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, care depășesc limitele prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) și art. 15 alin. (2) din anexa 2 la același ordin**), respectiv:	x	x	x	x
A. Servicii medicale curative				
1. Consultația în caz de boală:				
a) consultație pentru afecțiuni acute				
b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice				
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță.				
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X	X	X
1. urgență				

2. episod acut/ subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
C. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului				
D. Serviciile medicale diagnostice și terapeutice				
a) Spirometrie				
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore				
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț				
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei				
e) Tușeu rectal				
f) Tamponament anterior epistaxis				
g) Extracție corp străin din fosele nazale				
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen				
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)				
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie				
k) Sondaj vezical				
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului,				

furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)				
n) Supraveghere travaliu fără naștere				
o) Naștere precipitată				
p) Testul monofilamentului				
q) Peakflowmetrie				
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)				
s) Pansamente, suprimat fire				
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor				
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină				
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză				
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase				
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații				

TOTAL	X	X	X
			...
TOTAL	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X

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

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

II. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA DE PESTE 40 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 LIT. c) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

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

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

Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

III. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.6 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

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

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

IV. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.7 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

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

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

V. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE MONITORIZARE A EVOLUȚIEI SARCINII, PREVĂZUTE LA PUNCTUL 1.2.2 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR.

1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

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

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratei, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiare de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

VI. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR, PENTRU ASIGURAȚII ADULȚI CARE NU PREZINTĂ SIMPTOME SUGESTIVE PENTRU DIABET ZAHARAT, CU VÂRSTA DE 18 ANI ȘI PESTE, SUPRAPONDERALI/OBEZI ȘI/SAU CARE PREZINTĂ UNUL SAU MAI MULȚI FACTORI DE RISC PENTRU DIABETUL ZAHARAT, CU OCAZIA ACORDĂRII ALTOR TIPURI DE CONSULTAȚII, DACĂ PERSOANA NU A MAI EFECTUAT INVESTIGAȚIILE RECOMANDATE ÎN ULTIMELE 6 LUNI, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.8 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
----------	---------------------------------	---	---	--

		identificare*)	paraclinice	(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

VII. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR, PENTRU ASIGURAȚII ADULȚI, CU VÂRSTA DE 18 ANI ȘI PESTE, CARE NU PREZINTĂ SIMPTOME SUGESTIVE PENTRU BOALA CRONICĂ DE RINICHI, DAR CARE AU UNUL SAU MAI MULȚI FACTORI DE RISC PENTRU BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI, CU OCAZIA ACORDĂRII ALTOR TIPURI DE CONSULTAȚII, DACĂ PERSOANA NU A MAI EFECTUAT INVESTIGAȚIILE RECOMANDATE ÎN ULTIMELE 6 LUNI, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.8 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

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

TOTAL	X	X	X
			...
TOTAL	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X

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

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 1-j se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ANEXA 2-a

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

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

LUNA ANUL

Tabel. 1.1. a)

Nr. crt.	Specialitatea/competență/ atestat de studii complementare*)	Număr consultații/ servicii pe zi	Total Consul- tații/ servicii	Nr. puncte***) pe tip de: serviciu	Nr. puncte total
		1 2 ... 30 31	diagno- tice și terapeu- tice	consul- tație/ și diagnostic și terapeutic	

C1	C2	C3	C4	C5	C6= C4xC5
A.	Consultații**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:		x	x	x
1.	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice:			x	
2.	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz), din care:			x	
2.1	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz) acordată la distanță:			x	
3.	Consultația			x	

	medicală de specialitate pentru asigurării cu afecțiuni cronice - consultații acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz:							
3.1.	HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2					x	x	x
3.2.	boli respiratorii cronice: astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)					x	x	x
3.3.	boala cronică de rinichi					x	x	x
4.	Consultație medicală de specialitate pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală:						x	
5.	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat) din care:						x	

5.1	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare (caz suspicionat și confirmat) acordată la distanță:					x	
6.	Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială					x	
7.	Consultații pentru îngrijiri paliative					x	
B.	Servicii diagnostice și terapeutice**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:				x	x	x
8.	Proceduri diagnostice simple:					x	
9.	Proceduri diagnostice de complexitate medie:					x	
10.	Proceduri diagnostice complexe:					x	
11.	Proceduri					x	

	diagnostice de complexitate superioară:							
12.	Proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale simple:						x	
13.	Proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale complexe:						x	
14.	Proceduri terapeutice/ tratamente medicale simple:						x	
15.	Proceduri terapeutice/ tratamente medicale de complexitate medie:						x	
16.	Proceduri terapeutice/ tratamente medicale complexe:						x	
17.	Tratamente ortopedice medicale:						x	

18.	Terapii psihiatrice:						x	
19.	Terapii genetică medicală:						x	
20.	Consultații**) pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei:						x	
20.a.	Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii:						x	
20.b.	Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a lăuziei:						x	
C.	Servicii de sănătate conexe actului medical**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:					x	x	x
21.	Servicii de sănătate conexe:						x	
	TOTAL GENERAL						x	

*) sunt cele prevăzute la litera B punctele 2 și 7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

***) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B

pct. 1 subpct. 1.1. - 1.6 și pct. 4. din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de servicii diagnostice și terapeutice (procedurile diagnostice și terapeutice) și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 în tabelul de la subpct. 1.7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pctul 1, subpct. 1.8. din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei și punctajele aferente sunt cele prevăzute la lit. B pct. 1 subpct. 1.9 și pct. 4. din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

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

.....
(nume și prenume)

Tabelul 1.1. b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	Numărul de servicii medicale în scop diagnostic- caz**)	Tarif/ serviciu***)	Sumă realizată****) - lei -
C1	C2	C3	C4	C5=C3*C4
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV		***)	
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)		***)	
3.	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile)		***)	
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)		***)	
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)		***)	
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)		***)	
7.	Depistarea precoce a cancerului		***)	

	de sân*1)			
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)		***)	
8b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)		***)	
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin		***)	
9a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic		***)	
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic și/sau ecografic		***)	
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic		***)	
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie		***)	
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin		***)	
X	TOTAL GENERAL		X	

*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. B pct. 1 subpct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.2.b) din anexa 2-a (continuare).

****) tariful este cel prevăzut în anexa 7 la lit. B pct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală

*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

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

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 2-a - tab. 1.1 a) și 1.1 b) se întocmesc lunar și se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 2-a
(continuare)

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

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

LUNA ANUL

Tabelul 1.2. a)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului;
- b - Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice;
- c - Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz);;
- d - Nr. consultații medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală;
- e - Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat);
- f - Nr. consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială;
- g - Nr. Consultații pentru îngrijiri paliative;
- h - Nr. proceduri diagnostice simple;
- i - Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie;
- j - Nr. proceduri diagnostice complexe;
- k - Nr. proceduri diagnostice de complexitate superioară;
- l - Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple;
- m - Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe;
- n - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale simple;
- o - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie;
- p - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe;
- q - Nr. tratamente ortopedice medicale;
- r - Nr. terapii psihiatrice;
- s - Nr. terapii genetică medicală;
- t - Nr. servicii de sănătate conexe actului medical;
- u - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2;
- v - boli respiratorii cronice: astm bronșic și BPOC;
- w - boala cronică de rinichi.

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare	a)	Pachetul de servicii medicale de bază*)
----------	---------------------------	----	---

Total col. C9 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "4" din tab. 1.1
 Total col. C10 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "5" din tab. 1.1
 Total col. C11 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "6" din tab. 1.1
 Total col. C12 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B. poz. "7" din tab. 1.1
 Total col. C13 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "8" din tab. 1.1
 Total col. C14 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "9" din tab. 1.1
 Total col. C15 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "10" din tab. 1.1
 Total col. C16 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "11 " din tab. 1.1
 Total col. C17 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "12" din tab. 1.1
 Total col. C18 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "13" din tab. 1.1
 Total col. C19 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "14" din tab. 1.1
 Total col. C20 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "15" din tab. 1.1
 Total col. C21 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "16" din tab. 1.1
 Total col. C22 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "17" din tab. 1.1
 Total col. C23 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "18." din tab. 1.1
 Total col. C24 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "19" din tab. 1.1
 Total col. C25 din tab. 1.2 = col. C4 lit. C poz. "20.a." din tab. 1.1
 Total col. C26 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "20.b." din tab. 1.1
 Total col. C27 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "21" din tab. 1.1

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

.....
 (nume și prenume)

Tabelul 1.2.b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	CNP/Număr de identificare personal/Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului medical	Număr servicii medicale în scop diagnostic-
C1	C2	C3	C4	C5
1	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			
2	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			

3	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile)			
4	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)			
5	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)			
6	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)			
7	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)			
8a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)			
8b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)			
9	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
9a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic			
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic și/sau ecografic			
10	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
11	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			

12	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin			
x	TOTAL			

*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală

*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

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

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: 1. Desfășurătoarele din anexa 2-a (continuare) - tab. 1.2. a) și 1.2. b) se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-a - de la pct. 1.1 și 1.2 se completează distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

ANEXA 2-b

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi	Total consultații	Nr. puncte**)	Nr. puncte
		1 2 .. 30 31			

C1	C2	C3	C4	C5	C6= C4xC5
	Consultații în cadrul pachetului minimal:	x x x x x	x	x	x
1.	- consultație medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală				
2.	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat)				
3.	- consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lăuziei	x x x x x	x	x	x
3.a.	- consultații de supraveghere a evoluției sarcinii				
3.b.	- consultație de supraveghere a lăuzei				
	TOTAL GENERAL			x	

*) Specialitățile sunt cele prevăzute la lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

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

LUNA ANUL

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii;

B - Consultații de supraveghere a lăuzei.

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)
			Consultații medicale pentru situații de urgență
			Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu
			Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și

			medico- chirurgicală	potențial endemo- epidemic (caz suspicionat și confirmat)	lăuziei	
					A	B
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
	TOTAL					

*) Consultațiile sunt cele cf. lit. A pct. 1 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

- Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 1.1
- Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 1.1
- Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3.a din tab. 1.1
- Total col. C7 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3.b din tab. 1.1

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

.....
 (nume și prenume)

ANEXA 2-b
 (continuare)

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi	Total consultații	Nr. puncte**)	Nr. total puncte
		1 2 .. 30 31		pe consultație	
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C4xC5
	Consultații în	x x x x x	x	x	x

	cadrul pachetului de servicii:								
1.	- consultație medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală								
2.	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat)								
3.	- consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice								
	TOTAL GENERAL							x	

*) Specialitățile sunt cele de la lit. B punctul 2 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....

(nume și prenume)

ANEXA 2-b
 (continuare)

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la	Pachetul de servicii medicale*)
			Consultații medicale - medicale medicală de specialitate pentru depistarea situații de depistarea pentru

modificările și completările ulterioare LUNA ANUL

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

*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al anexei 2-a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al anexei 2-b) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 2.1. al anexei 2-b)

**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C4 = col. C2 x % de majorare

***) col. C5 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care lucrează exclusiv în planificare familială și medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât și servicii medicale într-o altă specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporțional cu programul de lucru aferent specialității clinice.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 2-c se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale

ANEXA 2-d

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Situația punctajului în asistența medicală ambulatorie de specialitate - Trimestrul Anul

Luna	Total puncte*1) pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate
1.	2.

I.	
II.	
III.	
TOTAL	
Nr. Puncte*1) raportate în plus sau în minus într-un trimestru anterior*)	

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

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

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL
DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din anexa 2-d se întocmește trimestrial în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data de 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA 2-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

*) conform prevederilor art. 3 din anexa 23 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

PRECIZARE:

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

DIRECTOR GENERAL,

.....

NOTĂ:

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

ANEXA 2-f

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

*) conform prevederilor art. 3 din anexa 23 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

PRECIZARE:

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

ANEXA 2-g

Casa de asigurări de sănătate
 Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

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

LUNA ANUL

Nr.	Tipul	Total	Tarif decontat/	Suma
Crt.	investigației	investigații	investigație	(lei)
	paraclinice*)/	paraclinice	paraclinică**)	
	(codul)	efectuate	- lei -	
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

2.1. Pentru persoanele cu vârsta până la 39 ani inclusiv

LUNA ANUL

Nr. Crt.	Tipul investigației paraclinice*) / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat / investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) În condițiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Pentru persoanele adulte cu vârsta de 40 de ani și peste 40 de ani

LUNA ANUL

Nr. Crt.	Tipul investigației paraclinice*) / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat / investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) În condițiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

3. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, legate de

sarcină, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii***)

LUNA ANUL

Nr. Crt.	Tipul/ investigației paraclinice*) / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/ investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) În condițiile prevăzute la *) și *16) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

LUNA ANUL

Nr. Crt.	Tipul/ investigației paraclinice*) / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/ investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

5. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază legate de sarcină, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate, urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii***)

LUNA ANUL

Nr. Crt.	Tipul/ investigației paraclinice*) / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/ investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

***) În condițiile prevăzute la *16) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A, respectiv la *4) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 2 al lit. A, din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

LUNA ANUL

Nr. Crt.	Tipul investigației paraclinice*) / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/ investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Conform anexei 41 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

LUNA ANUL

recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu/medicilor care au încheiat convenție****) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de iden-tificare personal/Cod unic de iden-tificare*)	Cod parafă medic care recomandat investi-gațiile paraclinice	Tipul investiga-ției paraclinice efectuate (**)/(codul clinică ***)	Tarif decontat/investi-gație para-clinică ***)	Suma aferentă investi-țiilor efectuate de - lei - de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
				
TOTAL		X	X	X	X	
				
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

****) Conform anexei 41 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

ANEXA 2-g
(continuare)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

9. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice - analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie ca urmare a consultațiilor preventive

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de iden-tificare personal/Cod unic de iden-tificare*)	Cod parafă medic care recomandat investi-gațiile paraclinice	Tipul investiga-ției paraclinice efectuate (**)/(codul)	Tarif decontat/investi-gație para-clinică (***)	Suma aferentă investi-țiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
				
TOTAL		X	X	X	X	
				
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar și se transmit cu semnătura electronică

extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice.

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

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

- furnizorii de servicii medicale clinice în asistența medicală primară, care au încheiat act adițional pentru ecografiile la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară (pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);
- furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, care au încheiat act adițional pentru ecografiile la contractul de furnizare de servicii medicale clinice (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);
- furnizorii de servicii de medicină dentară în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru radiografiile dentare (retroalveolară și panoramică) și tomografiile dentare CBCT la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu).

4. Tabelele 1 și 7 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.

5. Tabelele 1, 4, 7 și 8 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare și pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

6. Tabelul de la pct. 2.2 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie persoanelor cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

7. Tabelul de la pct. 3 se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

8. Tabelul de la pct. 5 se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA 2-h

Casa de asigurări de Reprezentant legal

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

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Nr. Fișă sau Registru consul- tații	CNP asigurat/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Cod* ser- viciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/ luna	Tarif /lei/ serviciu conform anexei nr. 14 lit. A	Total sumă realizată (***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C6xC7
TOTAL			X	X		X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.
 **) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.
 ***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 2-h se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată, la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

ANEXA 2-i

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

Casa de asigurări de sănătate Reprezentantul legal
 Furnizorul de servicii medicale al furnizorului
 Localitatea

1.1. Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare - zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriu

Luna Anul

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul furnizorului	Număr zile de tratament recomandate	Număr zile de tratament efectuate	Tarif*) pe zi de tratament	Tarif **) pe zi de tratament	Sumă (***) (lei)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C5x C6	C9=C5x C7
1.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal					X	X		
2.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal					X	X		
...								
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)					X	X		

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.1 din anexa 2-1 = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2 din anexa 2-1

*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1.1 din anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și art. 1 alin. (2) din anexa 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54 prevăzute la lit. A punctul 1.1 din anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4/zi, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

**) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1.1 din anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023 și art. 1 alin. (2) din anexa 11 la

Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tariful se reduce după cum urmează:

- pentru 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- pentru 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- pentru o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;

În situația în care numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 2 sau 3 pe zi, din care cel puțin două sunt dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi de tratament este de 80 lei/zi.

*** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (12) din anexa nr. 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 2-1 se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

1.2. DESFĂȘURĂTORUL PROCEDURILOR SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE, INCLUSE ÎN ZILELE DE TRATAMENT DECONTATE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/cod unic de identificare	Denumire procedură (*)	Număr proceduri, pe zi										Total proceduri realizate	Total număr zile de tratament**)
			1	2	3	4	...	30	31					
C0	C1	C2	C3							C4	C5			
1														x
SUBTOTAL CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1														
2														x

completările ulterioare;

***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform art. 6 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

ANEXA 2-n

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

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

LUNA ANUL

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

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

.....

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

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

.....

2. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de planuri de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate medicină fizică și de reabilitare

LUNA ANUL

Nr. crt.	Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare (Nr. ...*)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare
C1	C2	C3	C4
.....
.....

*) Se completează cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

***) Se completează, după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

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

.....

ANEXA 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL

SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

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

ANEXA 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

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

- "0" pentru cazul externat nevalidat

- "1" pentru cazul externat validat;

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

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

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

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

ANEXA 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

**) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

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

ANEXA 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

.....

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

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

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

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

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză;
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat;

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

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

ANEXA 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția	Nr. cazuri externe	Nr. cazuri externe raportate și validate*)		Nr. cazuri externe raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri externe - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,
.....

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

ANEXA 3-b

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

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

SECȚIA	Nr. cazuri externe*)	ICM contractat*1)	Tarif pe caz ponderat*2)	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC2xC3

TOTAL SPITAL				

*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului;

B - Tipul de caz externat**);

C - Tarif pe caz ponderat*1);

D - Suma realizată****).

Data externării*) (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	A	B	C	D
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

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

- "1" pentru cazul externat validat;

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

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

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

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

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. a), punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Odată cu raportarea lunară, furnizorii privați de servicii medicale spitalicești vor transmite în PIAS decontul de cheltuieli eliberat asiguraților pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistemul DRG pentru care au încasat contribuție personală asiguraților, potrivit art. 9, lit. a), pct. 1.3 din anexa 23 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)	Tarif pe caz ponderat*2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri	Cazuri	

	ponderate reinternate și transferate	ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

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

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

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului;

B - Tipul de caz externat**);

C - Tarif pe caz ponderat*1);

D - Suma realizată****).

Data externării*)	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare al cazului externat	Secția	Grupa DRG	A	B	C	D
(se raportează în ordine cronologică)								
-								

zz.ll.aa.hh								
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

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

- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

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

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

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

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

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-b

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente		Nr. total	Tarif pe	Suma	
	cazurilor externe	raportate				cazuri
	și validate, în limita sumei contractate*1)		ponderate	ponderat	*3)	
			în limita	*2)		
			sumei			
	Fără cazuri	Cazuri ponderate	contractate			
	ponderate	reinternate și	*1)			
	reinternate	transferate				
	și					
	transferate	Cazuri	Cazuri			
		ponderate	ponderate			
		care au	fără			
		primit	avizul			
		avizul	comisiei			
		comisiei	de			
		de	analiză			
		analiză*)	**)			
C1	C2	C3	C4	C5=C2+C3+C4	C6	C7
TOTAL					x	
SPITAL						

*) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

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

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

Total col. C5 <=/= total col. C6 din desfășurătorul 1.3.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu

semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Secția/ compartimentul)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate	Raportate și validate***)	Raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

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

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

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

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

ANEXA 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

SPITALULUI PENTRU LUNA ANUL

1.2. a

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

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

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;

1.2. b

Secția/ compartimentul (*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

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

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la

nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

ANEXA 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

1.3. a

Secția/ compartimen- tul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)			Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externate reinternate și care au fără avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externate reinternate și transferate comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2- C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

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

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

****) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

1.3. b

Secția/ compartimentul (*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

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

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

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

ANEXA 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.4.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

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

C0	C1	C2	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

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

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

***) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

ANEXA 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/ comparti- mentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate **)	Durata de spitalizare *1)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate ***)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment, contractat	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC3xC5 sau C6=C4xC5

TOTAL					
SPITAL					

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

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

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

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

1.2.a

Secția/ compartimentul *)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)	Durata de spitalizare *2)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/	Suma realizată **)

	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		compartiment, contractat	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2xC4x C5+C3xC4x C5x10%.
TOTAL SPITAL					

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

**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.a din anexa 3-c. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.a din anexa 3-c.

*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.2.b

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

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

**) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.b din anexa 3-c.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punctul de

vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Suma rămasă de plată pentru luna curentă =	Suma rămasă de plată
suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a +	pentru luna curentă
col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea
prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din	
anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS	
nr. 1.857/441/2023, din care se scade suma din	
coloana C6 din raportul 1.1 din anexa 3-d	
corespunzător lunii pentru care se face	
decontarea.	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-d

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

1.3.a

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
 A - Durata de spitalizare*2);
 B - Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat.

Secția/ compartimentul (*)	Nr. cazuri externe, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)	A	B	Suma realizată (**)
	Nr. cazuri externe, raportate și validate (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externe, raportate și validate și reinternate și transferate care au primit avizul	Nr. cazuri externe, raportate și validate și reinternate și transferate care au primit comisiei de analiză	

		comisiei de analiză				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7= (C2+ C3) xC5x C6+C4xC5x C6x10%
TOTAL SPITAL				x	x	

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

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

1) Coloana C2 + coloana C3 + coloana C4 <= coloana C3 + coloana C4 + coloana C5 din tabelul 1.3.a din anexa 3-c.

2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.3.b

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

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

**) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.b din anexa 3-c.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor

de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

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

***) Coloana C2 <=/> coloana C2 din tabelul 1.4.1 din anexa 3-c.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

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

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

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.2 din anexa 3-c.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

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

C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

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

***) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.3 din anexa 3-c.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

ANEXA 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

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

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

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

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

ANEXA 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

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

ANEXA 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITĂȚE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

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

TOTAL	***)	x	x	

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50);

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

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

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

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

ANEXA 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)			Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de	

			analiză***)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3- C4-C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

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

ANEXA 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

1.2. PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

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

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2), din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată **)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC4+ C3xC4x10%
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din

anexa 3-f corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

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

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv, se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

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

- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de

spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

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

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

cu cifra "1" conform formulei: $C7 = C6$;

cu cifra "2" conform formulei: $C7 = C6$;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

TOTAL				x	
SPITAL					

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C4 <= coloana C5 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e.

**) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

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

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-g

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

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

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

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

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

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Denumire afecțiune	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de	Nr. cazuri în regim de	Nr. cazuri în regim de

(diagnostic) (*)		spitalizare de zi raportate la CAS	spitalizare de zi raportate și validate**)	spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

1.2 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU LUNA ANUL

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

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

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

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Denumire afecțiune	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de	Nr. cazuri în regim de	Nr. cazuri în regim de

(diagnostic) (*)		spitalizare de zi raportate la CAS	spitalizare de zi raportate și validate**)	spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

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

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

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

ANEXA 3-i

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE

ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

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

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată ***)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la

Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2

din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.1.: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

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

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în

		limita sumei contractate**)		
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h), punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și

completările ulterioare.

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.2.: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu	Nr. servicii în	Tarif pe	Suma
-------------------	-----------------	----------	------

medical*)	centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	serviciu medical	realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 E din anexa 3-h la ordin.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-i

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

.....

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

Denumire afecțiune	Cod	Nr. cazuri în	Tarif pe caz	Suma
--------------------	-----	---------------	--------------	------

(diagnostic) *)	diagnostic	regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	rezolvat medical	realizată ***)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 A din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. h), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera

B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 B din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE

PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

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

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.3.: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3

TOTAL SPITAL		x	
--------------	--	---	--

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 E din anexa 3-h la ordin.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-j

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat*)				Motivul invalidării	
Cod de identificare a cazului externat	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fișei de spitalizare de zi	Tip fișă (caz/serviciu)	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS/CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

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

ANEXA 4-a

Casa de asigurări de sănătate Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA/TRIM. ANUL

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Contractați;
- B - Efectiv parcurși;
- C - Efectiv realizați;
- D - Contractată.

Tip autovehicul	Total km efectiv		Total km efectiv		Tarif pe km parcurs (**)	Total sumă		Suma decontată (***)
	parcurși în mediul urban*)	parcurși în mediul rural*)	parcurși în mediul urban*)	parcurși în mediul rural*)		D	Realizată (***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C6x(C2+C4)	C8=C6x(C3+C5)	C9=C7 sau C8
TOTAL					X			

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

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

***) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 4-a se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 4-b

Casa de asigurări de sănătate
 Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA/TRIM. ANUL

Tip ambarcațiune	Total mile*)		Tarif	Total sumă		Suma decontată (***)
	Contractate	Efectiv parcuse	pe milă marină (**)	Contrac- tată (***)	Realizată (***)	
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC4	C6=C3xC4	C7= (C5 sau C6)
	x			x		
	x			x		
	x			x		
	x			x		
TOTAL			x			

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

***) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

****) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 4-b se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 4-c

Casa de asigurări de sănătate
 Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

1.1. DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTAȚIILOR DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

Luna/Trim. ANUL

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Nr. solicitări;
- B - Suma decontată**);
- C - Contractat;
- D - Realizat;
- E - Realizată**).

Nr. crt.	Autoturism transport/ mijloc de intervenție/ transport pe apă pentru consultații de urgență la domiciliu	Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare	A		Tarif pe solicitare (*)	Total sumă		B
			C	D		Contractată	E	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7= C4x C5	C8= (C6 sau C7)
					x			
Subtotal 1 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanență								
Subtotal 2 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din unitățile medicale specializate private					x			
TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2)					X			

*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 și art. 8 alin. (1) din anexa nr. 28 la Ordinul

MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

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

Luna/Trim. ANUL

Nr. crt.	Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare	CNP/Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal*)	beneficiare a pachetului de servicii medicale de bază	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale
C1	C2	C3	C4	
TOTAL	X			

*) Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul/codul unic de asigurare din motive justificate se va completa cu 00000000000000

(Total col. C3 + total col. C4) din tab. 1.2 = total col. C3 din tab. 1.1 sau după caz cu total col. C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din anexa 4-c se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

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

ANEXA 5-a

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Localitatea

Județul

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU RECOMANDATE

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, pe zi							Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire (**)
			1	2	3	4	5	...	31		
C0	C1	C2	C3							C4	C5
1											x
		(.....)									
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1											
2											x
		(.....)									
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2											
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)											

*) conform anexei nr. 30A la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

***) conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31A la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

ANEXA 5-b

subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din anexa 5-a

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C9 din anexa 5-b =

subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din anexa 5-a

TOTAL GENERAL, col. C9 din anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din anexa 5-a

***) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale este de 114 lei (pentru mediul urban);

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 124 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 134 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 144 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 153 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 163 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

$$[\text{Număr servicii recomandate} / \text{număr minim de servicii (4)}] \times \text{tariful pe zi de îngrijire}$$

****) Conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

ANEXA 5-c

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri
paliative la domiciliu
Localitatea

Județul

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi							Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire (**)
			1	2	3	4	5	...	31		
C0	C1	C2	C3							C4	C5
1											x
		(.....)									
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1											
2											x
		(.....)									
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2											
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)											

*) conform anexei nr. 30 B la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

***) conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31B la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C8 din anexa 5 d = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din anexa 5-c TOTAL GENERAL, col. C8 din anexa 5 d*1) = TOTAL GENERAL, col. C5 din anexa 5 c
**) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative este de 204 lei (pentru mediul urban);
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 214 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 224 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 233 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 243 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 253 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

***) Conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5 d se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

ANEXA 5-e

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților

LUNA ANUL

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu

Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate clinică din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu

Secțiunea 3				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și

Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....
 (nume și prenume)

ANEXA 5-f

Casa de asigurări de sănătate
 Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților

LUNA ANUL

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic bolii asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
		
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu

.....
.....
Secțiunea 3			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic cu competență/ atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
.....
.....
Secțiunea 4			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
.....
.....

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....

(nume și prenume)

ANEXA 6-a

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

1.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE MEDICALĂ, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE ȘI PREVENTORII

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

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Tarif pe zi decontat de CAS**)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			100%*C4 - 52 lei	
				100%*C4	
	TOTAL		X	X	

*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (4) și (5) și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.2. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE

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

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	Total sumă decontată de CAS*)
C1	C2	C3	C4
	TOTAL		X

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (4) și (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 6-a se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 6-b

Casa de asigurări de sănătate
 Furnizorul de servicii medicale
 Localitatea
 Județul

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

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

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		X	

*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) și alin. (6) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3

	TOTAL	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 6-b se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 7.1

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie/

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/

.....

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

1. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal	Vârsta (*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Cod afecțiune, conform clasificării internaționale a maladiilor, CIM revizia 10-a, varianta 999 coduri de boală*1)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
I. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE						
A. Afecțiuni cardiovasculare						
1.						
2.						

...						
	B. Afecțiuni cerebrovasculare					
1.						
2.						
...						
	C. Afecțiuni oncologice					
1.						
2.						
...						
	D. Diabet zaharat					
1.						
2.						
...						
	E. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						
	F. BPOC					
1.						
2.						
...						
	G. Astm bronșic					
1.						
2.						
...						
	H. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	I. Osteoporoză					
1.						

2.						
...						
	J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)					
1.						
2.						
...						
	K. Tulburări ale dispoziției					
1.						
2.						
...						
	L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale					
1.						
2.						
...						
	M. Demențe					
1.						
2.						
...						
	N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)					
1.						
2.						
...						
	O. Tulburări din spectrul autist					
1.						
2.						
...						
	P. Obezitatea					
1.						
2.						
...						

	Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.						
2.						
...						
II. CAZURI NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI						
	A. Afecțiuni cardiovasculare					
1.						
2.						
...						
	B. Afecțiuni cerebrovasculare					
1.						
2.						
...						
	C. Afecțiuni oncologice					
1.						
2.						
...						
	D. Diabet zaharat					
1.						
2.						
...						
	E. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						
	F. BPOC					
1.						
2.						
...						
	G. Astm bronșic					
3.						

4.						
...						
	H. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	I. Osteoporoză					
1.						
2.						
...						
	J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)					
1.						
2.						
...						
	K. Tulburări ale dispoziției					
1.						
2.						
...						
	L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale					
1.						
2.						
...						
	M. Demențe					
1.						
2.						
...						
	N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)					
1.						
2.						

...						
	O. Tulburări din spectrul autist					
1.						
2.						
...						
	P. Obezitatea					
1.						
2.						
...						
	Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.						
2.						
...						
III. CAZURILE CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ***)						
III.1	RISC CARDIOVASCULAR					
	1. HTA					
1.						
2.						
...						
	2. Diabet zaharat tip II					
1.						
2.						
...						
	3. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	4. Dislipidemie					
1.						
2.						

...						
III.2	1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.						
2.						
...						
	2. ASTM BRONȘIC					
1.						
2.						
...						
III.3	BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.						
2.						
...						
IV. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ****)						
IV.1	RISC CARDIOVASCULAR					
	1. HTA					
1.						
2.						
...						
	2. Diabet zaharat tip II					
1.						
2.						
...						
	3. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	4. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						

IV.2	1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.						
2.						
...						
	2. ASTM BRONȘIC					
1.						
2.						
...						
IV.3	BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.						
2.						
...						

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

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

***) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la pct. III.

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

2. Recapitulăția persoanelor asigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				

8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				

13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemie)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 2				
C. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 3				
D. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 4				
TOTAL				

*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la litera C.

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

ANEXA 7.2

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale
 Reprezentantul legal al furnizorului
 Localitate
 Județ Medic de familie/

 (nume prenume)
 CNP medic de familie/

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

1. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal	Vârsta (*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Cod afecțiune, conform clasifică- rii interna- ționale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală*1)	Data intrării în evidența medicului	Data ieșirii din evidența medicului
I. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE						
A. Afecțiuni cardiovasculare						
1.						
2.						
...						
B. Afecțiuni cerebrovasculare						
1.						
2.						
...						
C. Afecțiuni oncologice						
1.						
2.						
...						
D. Diabet zaharat						
1.						

2.						
...						
	E. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						
	F. BPOC					
1.						
2.						
...						
	G. Astm bronșic					
2.						
3.						
...						
	H. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	I. Osteoporoză					
1.						
2.						
...						
	J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)					
1.						
2.						
...						
	K. Tulburări ale dispoziției					
1.						
2.						
...						
	L. Probleme psihologice și comportamentale asociate					

	dezvoltării sexuale					
1.						
2.						
...						
	M. Demențe					
1.						
2.						
...						
	N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)					
1.						
2.						
...						
	O. Tulburări din spectrul autist					
1.						
2.						
...						
	P. Obezitatea					
1.						
2.						
...						
	Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.						
2.						
...						
II. CAZURI NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI						
	A. Afecțiuni cardiovasculare					
1.						
2.						
...						
	B. Afecțiuni cerebrovasculare					
1.						

2.						
...						
	C. Afecțiuni oncologice					
1.						
2.						
...						
	D. Diabet zaharat					
1.						
2.						
...						
	E. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						
	F. BPOC					
1.						
2.						
...						
	G. Astm bronșic					
1.						
2.						
...						
	H. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	I. Osteoporoză					
1.						
2.						
...						
	J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor					

	asociate TSA sau dezvoltării sexuale)					
1.						
2.						
...						
	K. Tulburări ale dispoziției					
1.						
2.						
...						
	L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale					
1.						
2.						
...						
	M. Demențe					
1.						
2.						
...						
	N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)					
1.						
2.						
...						
	O. Tulburări din spectrul autist					
1.						
2.						
...						
	P. Obezitatea					
1.						
2.						
...						
	Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.						

2.						
...						
III. CAZURILE CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ***)						
III.1	RISC CARDIOVASCULAR					
	1. HTA					
1.						
2.						
...						
	2. Diabet zaharat tip II					
1.						
2.						
...						
	3. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	4. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						
III.2	1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.						
2.						
...						
	2. ASTM BRONȘIC					
1.						
2.						
...						
III.3	BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.						

2.						
...						
IV. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ****)						
IV.1	RISC CARDIOVASCULAR					
	1. HTA					
1.						
2.						
...						
	2. Diabet zaharat tip II					
1.						
2.						
...						
	3. Boală cronică de rinichi					
1.						
2.						
...						
	4. Dislipidemie					
1.						
2.						
...						
IV.2	1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.						
2.						
...						
	2. ASTM BRONȘIC					
1.						
2.						
...						
IV.3	BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.						
2.						

...						
-----	--	--	--	--	--	--

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru persoanele 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

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

**) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la pct. III.

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

2. Recapitulăția persoanelor neasigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămăși în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămăși în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				

15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 2				
C. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				

3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 3				
D. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 4				
TOTAL				

*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la litera C.

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

NOTE PENTRU ANEXELE 7.1 ȘI 7.2:

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

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

3. Formularele din anexa 7.1 și 7.2 se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

(nume și prenume)

Validat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data:

ANEXA 8-a

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

1.1. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. Card european;
- c - *) Nr. și serie pașaport;
- d - Tip formular/document European;
- e - **) Tip document;
- f - ***) Țara;
- g - Total valoare prescripție;
- h - Total valoare compensare din care::;
- i - Sublista A;
- j - Sublista B;
- k - Sublista C secțiunea C1;
- l - Sublista C secțiunea C3;
- m - Sublista D.

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	
	Nr. data																
	2.1 2.2																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
...																	
...																	
n																	
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 8 - 14 din tabelul 1.1.1 din anexa 8-a)																	
Subtotal 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul 1.1.2 din anexa 8-a)																	
Subtotal 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de																	

formulare europene											
(coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la											
col. 9 - 15 din tabelul 1.1.3 din anexa 8-a)											
Subtotal 4 - Valoarea compensată aferentă											
DCI-uri notate cu (**) ¹ potrivit											
HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările											
și completările ulterioare (coloanele 11 - 17											
sunt egale cu totalul de la col. 11 - 17 din											
tabelul 1.1.4 din anexa 8-a)											
Subtotal 5 - Valoarea compensată aferentă											
rețetelor eliberate pentru persoanele care nu											
dețin cod numeric personal prevăzute la											
art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea											
nr. 95/2006											

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 1.608 lei

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat și a medicamentelor eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

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

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

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

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 + subtotal 5 diferit de total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

1.1.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Nr. card european;

- b - Total valoare prescripție;
- c - Total valoare compensare, din care::
- d - Sublista A;
- e - Sublista B;
- f - Sublista C secțiunea C1;
- g - Sublista C secțiunea C3;
- h - Sublista D.

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Țara	a	b	c	d	e	f	g	h
	Nr.	data	criptie										
	2.1	2.2											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
...													
...													
n													
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x						

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din anexa 8-a

Coloanele (10) - (14) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

1.1.2 Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
 a - CNP/CID asigurat;
 b - Nr. și serie pașaport;

- c - *) Tip document;
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare compensare din care::;
- f - sublista A;
- g - sublista B;
- h - Sublista C secțiunea C1;
- i - Sublista C secțiunea C3;
- j - Sublista D.

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	Țara	d	e	f	g	h	i	j
	Nr. data													
	2.1 2.2													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...														
...														
n														
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din anexa 8-a.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

1.1.3 Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. și serie pașaport;
- c - Tip formular/document European;
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare compensare din care;;
- f - sublista A;
- g - sublista B;
- h - Sublista C secțiunea C1;
- i - Sublista C secțiunea C3;
- j - Sublista D.

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	Țara	d	e	f	g	h	i	j
	2.1.	2.2												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...														
...														
n														
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din anexa 8-a.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor,
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract CAS
 Nr. Data

1.1.4 Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (**)¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. card european;
- c - *) Nr. și serie pașaport;
- d - Tip formular European/document;
- e - **) Tip document;
- f - ***) Țara;
- g - Valoare prescripție;
- h - Valoare compensare din care::;
- i - sublista A;
- j - sublista B;
- k - Sublista C secțiunea C1;
- l - Sublista C secțiunea C3;
- m - Sublista D.

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr	Cod parafă medic	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
	Nr. data	pres-cripție														
	2.1	2.2														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
...																
...																
n																
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru Sublista C - secțiunea C1, respectiv pe fiecare DCI notat cu (**)*1 potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru celelalte liste, după caz.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din anexa 8-a.

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0 - 1.608 lei.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

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

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

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

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

1.1.5 Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Total valoare prescripție;
- b - Total valoare compensare din care::;
- c - sublista A;
- d - sublista B;
- e - Sublista C secțiunea C1;
- f - Sublista C secțiunea C3;
- g - Sublista D.

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	Cod unic de identificare persoană fără CNP	a	b	c	d	e	f	g
	Nr.	data										
	2.1	2.2										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
...												
...												
n												
TOTAL	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din anexa 8-a.

Coloanele (8) - (12) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract CAS

Nr. Data

1.2 Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna anul care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - *) Număr unic de identificare;

b - Nr. și serie document (e) care a/au deschis dreptul la medicamente;

c - **) Tip document;

d - Total valoare prescripție;;

e - Total valoare contribuție personală;;

f - Total valoare compensare, din care;;

g - sublista A;

h - sublista B;

i - Sublista C secțiunea C1;

j - Sublista C secțiunea C3;

k - Sublista D.

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			x	x	x	x	x								
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă															
DCI-uri notate cu (**)1 potrivit															
HG nr. 720/2008, republicată, cu															
modificările și completările ulterioare															
(coloanele 8 - 15 sunt egale cu totalul de															
la col. 8 - 15 din tabelul 1.2.1 din															
prezenta anexă.)															

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15)

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (numele și prenumele)

ANEXA 8-a

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract CAS
 Nr. data

1.2.1 Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (***)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - *) Număr unic de identificare;
- b - Nr. și serie document (e) care a/au deschis dreptul la medicamente;
- c - **) Tip document;
- d - Valoare prescripție;;
- e - Valoare contribuție personală;;
- f - Valoare compensare, din care;;
- g - sublista A;
- h - sublista B;
- i - Sublista C secțiunea C1;
- j - Sublista C secțiunea C3;
- k - Sublista D.

Nr.	Bon	Serie și	Cod	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
Crt.	Fiscal	număr	parafă											
		prescripție	medic											
	Nr.	data												
	2.1.	2.2												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

...																				
...																				
n																				
Total			x	x	x	x	x													

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extrasul borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru sublista C - secțiunea C1, respectiv pe fiecare DCI notat cu (**)*1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru celelalte liste, după caz.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (10) din tabelul 1.2 din prezenta anexă.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (numele și prenumele)

ANEXA 8-b

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract CAS
 Nr. Data

Borderou centralizator pensionari 0 - 1.608 lei pentru luna anul care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
 a - CNP/CID asigurat;
 b - *) Valoare compensare CNAS 50%;
 c - *) Valoare compensare MS 40%.

Nr. crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	Total valoare prescripție	Total valoare compensare	b	c
	Nr. Data					sublista		

	2.1	2.2					B, din care:		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
...								x	x
...								x	x
n								x	x
TOTAL	x	x	x	x	x				

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

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

Coloanele (7) - (9) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare DCI notat cu (**)¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

*) se completează numai total coloană.

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

ANEXA 8-c

Societatea Farmaceutică

Farmacia adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

I. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. card european;
- c - *) Nr. și serie pașaport;
- d - Tip formular/document European;
- e - **) Tip document;
- f - ***) Țara;
- g - Total valoare prescripție;
- h - Total valoare compensare din care::;
- i - sublista A;
- j - sublista B;
- k - Sublista C secțiunea C1;
- l - Sublista C secțiunea C3;
- m - Sublista D.

Nr. crt.	Bon Fiscal	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
	Nr. data															
	2.1 2.2															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
...																
...																
n																
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 8 - 14 din tabelul I.1. din anexa 8-c)																
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul I.2. din anexa 8-c)																
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul I.3. din anexa 8-c)																
Subtotal 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006																

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

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

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 diferit de total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Nota 3: Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 1.608 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

I.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Nr. card european;
- b - Total valoare prescripție;
- c - Total valoare compensare din care;;
- d - Sublista A;
- e - Sublista B;
- f - Sublista C secțiunea C1;
- g - Sublista C secțiunea C3;
- h - Sublista D.

- lei -

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Țara	a	b	c	d	e	f	g	h
	Nr. data												
	2.1.	2.2.											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x						

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

I.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. și serie pașaport;
- c - *) Tip document;
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare compensare, din care::
- f - Sublista A;
- g - Sublista B;
- h - Sublista C secțiunea C1;
- i - Sublista C secțiunea C3;
- j - Sublista D.

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	Țara	d	e	f	g	h	i	j
	Nr. data													
	2.1	2.2												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x												

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

I.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. și serie pașaport;
- c - Tip formular/document European;
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare compensare din care;;
- f - Sublista A;
- g - Sublista B;
- h - Sublista C secțiunea C1;
- i - Sublista C secțiunea C3;
- j - Sublista D.

Nr. Bon Serie și Cod a b c Țara d e f g h i j
Crt. Fiscal număr parafă
_____ prescripție medic
Nr. data
_____ _____
2.1 2.2
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x											

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

I.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Total valoare prescripție;
- b - Total valoare compensare din care;;
- c - sublista A;
- d - sublista B;
- e - Sublista C secțiunea C1;
- f - Sublista C secțiunea C3;
- g - Sublista D.

lei

Nr. Bon Serie și Cod Cod unic de a b c d e f g
Crt. Fiscal număr parafă identificare
prescripție medic persoană
Nr. data fără CNP
2.1 2.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
...											
...											
n											
TOTAL	x	x	x	x	x						

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

II. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. card european;
- c - *) Nr. și serie pașaport;
- d - Tip formular/document European;
- e - **) Tip document;
- f - ***) Țara;
- g - Total valoare prescripție;
- h - Total valoare compensare, din care;;
- i - Sublista A;
- j - Sublista B;
- k - Sublista C secțiunea C1;
- l - Sublista C secțiunea C3;
- m - Sublista D.

- lei -

Nr.	Bon	Serie	Cod	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
Crt.	Fiscal	și nr.	parafă													

Nr.	data	pres- cripție	medic	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	2	3	4													
...																
...																
n																
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 8 - 14 din tabelul II.1. din anexa 8-c)																
Subtotal 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul II.2 din anexa 8-c)																
Subtotal 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul II.3 din anexa 8-c)																
Subtotal 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006																

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal. Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17).

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

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

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

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 diferit de total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Nota 3: Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 1.608 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

II.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Nr. card european;
- b - Total valoare prescripție;
- c - Total valoare compensare din care;;
- d - Sublista A;
- e - Sublista B;
- f - Sublista C secțiunea C1;
- g - Sublista C secțiunea C3;
- h - Sublista D.

- lei -

Nr. crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Țara	a	b	c	d	e	f	g	h
	Nr. data	criptie											
	2.1.	2.2.											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x						

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este

inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Nota: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

II.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. și serie pașaport;
- c - *) Tip document;
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare compensare din care::;
- f - Sublista A;
- g - Sublista B;
- h - Sublista C secțiunea C1;
- i - Sublista C secțiunea C3;
- j - Sublista D.

- lei -

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	Țara	d	e	f	g	h	i	j
	Nr. data													
	2.1. 2.2.													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

II.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - CNP/CID asigurat;
- b - Nr. și serie pașaport;
- c - Tip formular/document European;
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare compensare, din care:;
- f - Sublista A;
- g - Sublista B;
- h - Sublista C secțiunea C1;
- i - Sublista C secțiunea C3;
- j - Sublista D.

Nr. Bon Serie și Cod a b c Țara d e f g h i j
Crt. Fiscal număr parafă
_____ prescripție medic
Nr. data
_____ _____
2.1 2.2
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x										

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

II.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Total valoare prescripție;
- b - Total valoare compensare din care;;
- c - sublista A;
- d - sublista B;
- e - Sublista C secțiunea C1;
- f - Sublista C secțiunea C3;
- g - Sublista D.

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	Cod unic de identificare persoană fără CNP	a	b	c	d	e	f	g
	Nr. data										
	2.1 2.2										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
...											

...											
n											
TOTAL	x	x	x	x	x						

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

III. Borderou centralizator pensionari 0 - 1.608 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, pentru luna anul, care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
 a - CNP/CID asigurat;
 b - *) Valoare compensare CNAS 50%;
 c - *) Valoare compensare MS 40%.

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	Total valoare prescripție	Total valoare compensare	b	c
	Nr. data					sublista B, din care:		
	2.1 2.2							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
...							x	x
...							x	x
...							x	x
n							x	x

TOTAL	x	x	x	x	x									

*) Se completează numai total coloană.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (7) reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

IV. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna anul, care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr unic de identificare*);
- b - Nr. și serie document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente;
- c - Tip document**);
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare contribuție personală;
- f - Total valoare compensare, din care;;
- g - Sublista A;
- h - Sublista B;
- i - Sublista C secțiunea C1;
- j - Sublista C secțiunea C3;
- k - Sublista D.

Nr. Crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
	Nr. data													
	2.1 2.2													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

TOTAL	x	x		x		x	x	x												

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal. Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)

ANEXA 8-c

- continuare -

Societatea Farmaceutică
 Farmacia adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

V. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr unic de identificare*);
- b - Nr. și serie document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente;
- c - Tip document**);
- d - Total valoare prescripție;
- e - Total valoare contribuție personală;
- f - Total valoare compensare, din care;;
- g - Sublista A;
- h - Sublista B;
- i - Sublista C secțiunea C1;
- j - Sublista C secțiunea C3;

k - Sublista D.

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție		Cod parafă medic	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
	Nr. 	data														
		2.1	2.2													
	1	2	3	4												
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x								

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal. Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

(nume și prenume)
