**ANEXA 39**

**MODALITATEA**

**de prescriere, procurare şi decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu**

ART. 1

(1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu se acordă asiguraţilor pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripţii medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului de la anexa nr. 39 B la prezentul ordin, eliberată de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condiţiile prezentelor norme, ca o consecinţă a unei consultaţii raportate la casa de asigurări de sănătate sau de către medicul care îşi desfăşoară activitatea în spital, la externarea asiguratului.

(2) Prescripţia medicală se eliberează în 2 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoţeşte cererea şi se depune la casa de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală trebuie să conţină denumirea şi tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 38 la ordin. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului.

Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor.

(3) Prescripţia medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoţită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripţia medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoţită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Biometriile conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenţie chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situaţie medicul care face recomandarea va menţiona pe prescripţia medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situaţii speciale, pentru acelaşi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât şi proteză definitivă sau direct proteză definitivă. Durata prescripțiilor medicale pentru protezele de membru superior și pentru protezele de membru inferior – proteze definitive este nelimitată.

(6) Durata prescripţiei pentru dispozitivele de protezare stomii şi pentru dispozitivele pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară este de maximum 90/91/92 de zile. Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienţilor cu stome permanente şi pentru dispozitive pentru incontinenţă urinară, în cazul pacienţilor cu incontinenţă urinară permanentă, medicul va menţiona pe prescripţia medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinenţă urinară permanentă". Durata prescripției medicale pe care este menționat "stomă permanentă", respectiv "incontinenţă urinară permanentă" este nelimitată.

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi pentru dispozitivele pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul; pentru cateterul urinar recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital, se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieşire din spital va conţine obligatoriu şi explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) Prescripţiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP trebuie să fie însoţite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condiţiilor pentru recomandarea acestor dispozitive condiţii prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la ordin.

Durata prescripţiei pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP este de maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată. Pentru aparatele cu administrare continuă cu oxigen recomandate pentru pacienţi cu insuficienţă respiratorie medie sau severă ca urmare a infecţiei SARS-CoV-2, durata prescripției este de 90/91/92 de zile.

(9) Durata prescripţiei pentru închirierea fotoliilor rulante este de maximum 90/91/92 de zile calendaristice.

(10) Durata prescripţiilor pentru filtru umidificator HME și pentru adezivi pentru filtrele umidificatoare HME este de maximum 12 luni calendaristice.

(11) Durata prescripţiei pentru dispozitivele de asistare a tusei este de maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată

(12) În prescripţia medicală se va menţiona obligatoriu că deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv. În acest sens, se solicită o declaraţie a asiguratului pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv; declaraţia rămâne la medicul care întocmeşte prescripţia.

ART. 2

(1) Pentru obţinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, prescripţia medicală pentru dispozitivul medical şi prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad şi tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează prescripţia medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi se prezintă certificatul de naştere.

    Pentru obţinerea protezelor de membru superior, protezelor de membru inferior – proteze definitive, dispozitivelor de protezare stomii - pentru pacienţii cu stome permanente, dispozitivelor pentru incontinenţă urinară - pentru pacienţii cu incontinenţă urinară permanentă,  echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, ~~și~~ suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP și dispozitivelor de asistare a tusei - pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical şi prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad şi tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se specifică în cerere domiciliul copilului, şi se prezintă certificatul de naştere.

Documentele necesare obţinerii dispozitivului medical se pot transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezentanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale).

(2) Prescripţiile medicale îşi pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripţiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat sau acreditat/înscris în procesul de acreditare (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(3) În situaţia pacienţilor cu stome permanente pentru obţinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată. În situaţia pacienţilor cu incontinenţă urinară permanentă pentru obţinerea dispozitivelor de incontinenţă urinară, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea incontinenţă urinară permanentă se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată.

ART. 3

(1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal.

    (2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării şi, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinaţie. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau se expediază prin poştă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situaţia în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinaţie permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripţiei medicale - numai pentru situaţiile în care se impune revizuirea prescripţiei. Modelul unic de decizie pentru aprobarea procurării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 39 A la ordin.

    (3) Fiecare decizie, se emite pentru un singur dispozitiv medical şi se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poştă, curierat, prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată sau care se ridică direct de la casa de asigurări de sănătate şi un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate. La decizia care se transmite asiguratului sau care se ridică de către acesta se ataşează o copie a recomandării medicale, după caz, pe care asiguratul o depune/transmite furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical.

(4) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară pentru asigurații cu stome permanente și pentru asigurații cu incontinenţă urinară permanentă este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea filtrului umidificator HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 12 luni calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea adezivilor pentru filtrele umidificatoare HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 12 luni calendaristice.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru acelaşi tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie şi proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(6) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraţilor pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăşi data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate şi furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive şi numărul acestora pe fiecare tip.

(7) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea echipamentelor pentru oxigenoterapie pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Pentru aparatele de ventilaţie noninvazivă pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea aparatelor de ventilaţie noninvazivă pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Pentru suportul de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea suportului de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice.

Pentru dispozitivul de asistare a tusei  pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea dispozitivului de asistare a tusei  pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice.

(8) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (4) şi (7). În cazul dispozitivului fabricat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înştiinţează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4

(1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluaţi sau acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripţia medicală (copie), după caz. În cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, documentele se pot transmite furnizorului şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanță, caz în care nu mai este obligatorie transmiterea acestora fizic furnizorului.

(2) Asiguraţii care au decizii cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive se pot adresa unui alt furnizor autorizat şi evaluat sau acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, reluând întreaga procedură de obţinere a unei noi decizii, cu menţiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Asiguraţii vor menţiona în cererea înaintată casei de asigurări de sănătate că doresc schimbarea furnizorului de dispozitive medicale, cu precizarea denumirii furnizorului, la care vor să renunţe. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada lunară deja raportată a deciziei anterioare.

În situaţia în care medicul de specialitate recomandă schimbarea tipului de dispozitiv de protezare stomii sau pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară asiguratului care are decizie cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive, pentru aceste dispozitive se poate relua întreaga procedură pentru obţinerea unei noi decizii, cu menţiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada lunară deja raportată a deciziei anterioare.

ART. 5

Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficienţelor organice sau funcţionale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 38 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale depune/transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, facturile însoţite, după caz, de:

- copia certificatului de garanţie - cu excepţia dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) şi a dispozitivelor medicale pentru care nu se emit certificate de garanţie dar au termen de valabilitate;

- declaraţie privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,

- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;

- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP.

- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situaţii în care nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical primită de către furnizorul de dispozitive medicale în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situaţia în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului medical.

În situaţia în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia.

În situaţia în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/paşaportul, după caz.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea/transmiterea de către asigurat, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu depune/transmite casei de asigurări de sănătate acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă. Documentul prin care eficacitatea actului de protezare este validată se poate transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanță.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepţie, în situaţia în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat şi acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleaşi condiţii, respectiv până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea/transmiterea de către asigurat, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu depune/transmite casei de asigurări de sănătate acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă. Raportul probei de protezare se poate transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanță.

(7) Decontarea dispozitivelor de protezare stomii, dispozitivelor pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară, echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, dispozitivelor de asistare a tusei, fotoliilor rulante acordate prin închiriere, filtrelor umidificator HME și adezivilor pentru filtrele umidificatoare HME se realizează lunar.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea dispozitivelor medicale acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, respectiv pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

(9) În cazul dispozitivelor medicale expediate de către furnizor prin poştă, curierat, factura în vederea decontării dispozitivului medical se întocmeşte în luna în care furnizorul a intrat în posesia documentului privind dovada primirii dispozitivului medical.

   (10) În cazul deciziilor de aprobare însoțite de taloane pentru dispozitive medicale emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de intrare în vigoare a prezentului ordin, aflate în derulare, decontarea se realizează potrivit prevederilor prezentului ordin.

ART. 7

(1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical corespunzătoare perioadei lunare, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice, cu excepția pacienților internați care folosesc dispozitivele medicale respective pe perioada spitalizării.

Casele de asigurări de sănătate anunţă trimestrial furnizorii despre zilele calendaristice decontate în plus pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere în trimestrul anterior, furnizorul urmând să întocmească factură storno pentru aceste sume.

(3) Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situaţia în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor şi continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către acelaşi furnizor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare.

Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situaţia în care există continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către acelaşi furnizor și nu există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare.

ART. 8

(1) Certificatul de garanţie predat de către furnizor asiguratului pentru dispozitivele care se acordă pe perioadă nedeterminată, trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricaţiei şi, după caz, data expirării; termenul de garanţie.

(2) În cadrul termenului de garanţie asiguraţii pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficienţe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată şi suportată de către furnizor.

ART. 9

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de dispozitive medicale pentru a analiza aspecte privind acordarea dispozitivelor medicale, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de dispozitive medicale măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.