



CAS BRĂILA

ROMÂNIA
C.N.A.S.
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A JUDEȚULUI BRĂILA

Str. Roșiorilor, nr. 395, 810008 Brăila

Nr. ANSPDC 243

Tel: 0239 - 627700, 627701, 627808

Nr.: 26425 data 15/NOV. 2017

Fax: 0239 - 627800

e-mail: casbr@casbr.ro

In atentie

TUTUROR FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE
de MEDICINA PRIMARA
SPECIALITATI CLINICE
ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

In vederea respectarii prevederilor legale in vigoare, a drepturilor asiguratilor de a beneficia de toate drepturile legitime ce decurg din actele medicale prevazute de sistemul de asigurari sociale de sanatate si a clauzelor contractuale din contractele de prestari servicii medicale incheiate cu CAS Braila, **va reamintim, spre conformare, obligatiile privind emiterea si utilizarea formularelor de bilete de trimitere si a celor de scrisoare medicala/bilet iesire din spital**, respectiv,

I

Prevederile din:

HOTĂRÂREA Nr. 161/2016 din 16 martie 2016

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 pentru anii 2016 – 2017, **Anexa 1, Cap. II, lit. F, pct. 12:**

„ **Nu se solicită bilet de internare** în următoarele situații:

- a) pentru spitalizare continuă:
 - a.1) naștere;
 - a.2) urgențe medico-chirurgicale;
 - a.3) boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament;
 - a.4) bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de

judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

a.5) pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;

a.6) cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

a.7) transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire;

a.8) transferul interspitalicesc;

a.9) pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare;

a.10) pacienții cu hemofilie aflați în programul național de hemofilie;

b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:

b.1) urgență medico-chirurgicală;

b.2) chimioterapie;

b.3) radioterapie;

#M5

*b.4) administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, (**)^{1β} și (**)^{1Ω}, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;*

#B

b.5) monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA;

b.6) evaluare dinamică a răspunsului viroimunologic;

b.7) monitorizare și tratament ale bolnavilor cu talasemie;

b.8) monitorizare a bolnavilor oncologici;

b.9) administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei;

b.10) monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor;

b.11) rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b.12) pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare;

b.13) pacienții cu hemofilie aflați în programul național de hemofilie. ,,

coroborate cu prevederile din Anexa 13 la ORDINUL Nr. 196/139/2017 din 1 martie 2017 - privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 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 pentru anii 2016 – 2017

LISTA

cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Malformații congenitale și boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulară
8. Anemii hemolitice endo și exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragică
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragică ereditară
12. Purpura trombopenică idiopatică
13. Trombocitopatii
14. Purpura trombotică trombocitopenică
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Boli psihice (schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, tulburări afective majore, tulburări psihotice acute, autism, ADHD, boli psihice la copii)
23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronșic
28. Glaucom
29. Statuspost AVC
30. Ulcer peptic gastroduodenal
31. Boala celiacă la copil
32. Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Crohn și colita ulceroasă)
33. Sindromul Schwachmann
34. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D și ciroza hepatică în tratament cu imuno-modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
35. Boala Hirschprung

36. Bolile nutriționale la copii (rahitism carențial comun, malnutriția protein-calorică la sugar și copii, anemiile carențiale până la normalizare hematologică și biochimică) supraponderea și obezitatea pediatrică

37. Bronșiectazia și complicațiile pulmonare supurative

38. Scleroza multiplă

39. Demențe degenerative, vasculare, mixte

40. Starea posttransplant

41. Insuficiența renală cronică - faza de dializă

42. Bolile rare (hemofilia și talasemia, mucoviscidoza, hipertensiunea pulmonară, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi, osteogeneza imperfectă, boala Fabry, boala Pompe, tireozinemia, sindrom Hunter, sindrom Hurler, afibrinogenemia congenitală, sindrom de imunodeficiență primară, fenilcetonuria sau deficit de tetrahidrobiopterina-BH4, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcere digitale evolutive, purpura trombocitopenică cronică la adulți splenectomizați și nesplenectomizați, scleroza tuberoasă)

43. Afecțiuni oncologice și oncohematologice

44. Diabetul zaharat cu sau fără complicații

45. Boala Gaucher

46. Boala Graves-Basedow și alte forme de hipertiroidism

47. Degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV)

48. Boala Cushing

49. Paraliziile cerebrale infantile

50. Epilepsia

51. Boala Parkinson

52. Poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă, psoriazis cronic sever

53. Afecțiuni ale copilului 0 - 1 an

54. Anomalii de mișcare binoculară (strabism, forii) copii 0 - 18 ani

55. Vicii de refracție și tulburări de acomodare copii 0 - 18 ani

56. Afecțiuni ale aparatului lacrimal (1 - 3 ani)

57. Infarctul intestinal operat

58. Arteriopatii periferice operate

59. Insuficiență respiratorie cronică severă

NOTA 1: Prezentarea se face direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidențiat management de caz. „

II

Prevederile privind emiterea si utilizarea formularului de Scrisoare medicala din Anexa 43 la ORDINUL Nr. 196/139/2017 din 1 martie 2017 - privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 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 pentru anii 2016 – 2017

“ ANEXA 43

- **MODEL** -

Denumire Furnizor

Medic

Contract/convenție nr.

CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că, născut la data de,
CNP/cod unic de asigurare, a fost consultat în serviciul nostru la data de
..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării

.....
.....

Diagnosticul:

.....
.....
.....

Anamneză:

.....
- factori de risc

.....
.....

Examen clinic:

- general

.....
.....

- local

.....
.....

Examene de laborator:

- cu valori normale

.....
.....
- cu valori patologice

.....
.....
Examene paraclinice:

EKG

.....
ECO

.....
Rx

.....
Altele

.....
.....
Tratament efectuat:

.....
.....
Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....
.....
Tratament recomandat

.....
.....
Indicație de revenire pentru internare

- da, revine pentru internare în termen de
- nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una din cele trei informații:

- S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia
- Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar
- Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una din cele trei informații:

- S-a eliberat concediu medical la externare/consultația din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia

- Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar

- Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu

- Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu

- Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat: |

|

| _____ | _____

| _____ |

Nr. înregistrare a asiguratului: |

|

| _____ | _____

| _____ |

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat

- prin poștă

*) **Scrisoarea medicală** se întocmește **în două exemplare**, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul **în ambulatoriul de specialitate**, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc **la data externării, într-un singur exemplar** care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului. ,,

III

Prevederile cuprinse in Anexa 2 la ORDINUL Nr. 867/541 din 31 mai 2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a **Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate,**
„ ANEXA 2

INSTRUCȚIUNI

privind utilizarea și **modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

A. Principii generale:

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

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

#M3

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

#B

3. Se interzic:

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

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

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

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

#M3

1. *Biletul de trimitere/de internare este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă pacientului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul alb (originalul) pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.*

#B

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

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

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

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

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

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

#M3

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

Pentru furnizorii de servicii medicale cu mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite pacientul către alte specialități clinice sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 2, seria biletelor de trimitere/de internare returnate (exemplarul 2), semnătura de returnare și parafa.

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

#B

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

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

"Cod de bare"

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

#M3

Câmpul 1 - "Către specialitatea clinică":

- se va menționa specialitatea clinică către care este îndrumat pacientul pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării, atunci când este cazul. În situația în care pacientul este îndrumat în vederea internării într-o secție de îngrijiri paliative, se va specifica "îngrijiri paliative - internare".

#B

Câmpul 2 - "Unitate medicală":

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de

sănătate cu care furnizorul are încheiat contract/convenție, numărul contractului de furnizare de servicii medicale/convenției în baza căruia/căreia medicul care efectuează trimiterea prestează serviciul. Se poate aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

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

- "MF" pentru furnizorii de servicii de asistență medicală primară;
- "Amb. Spec." pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate.

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

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

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

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

Câmpul 3 - "Date de identificare pacient":

a) "Asigurat la CAS/Neasigurat"

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

- dacă pacientul este neasigurat, se va tăia cu o linie "Asigurat la CAS";

b) "RC" - se completează numărul din registrul de consultații (RC);

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

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

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

- se bifează căsuța "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

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

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

- se bifează căsuța "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform

prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

- se bifează căsuța "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie, după cum urmează:
 - Se notează cifra 1 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei;
 - Se notează cifra 2 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei;
- se bifează căsuța "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale;
- se bifează căsuța "PNS" și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;
- se bifează căsuța "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;
- se bifează căsuța "Șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;
- se bifează căsuța "Personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/218/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 24 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2004 privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;

#M3

- se bifează căsuța "Card european (CE)" pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ale Spațiului Economic European/ai Confederației Elvețiene (cu excepția României), titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate;

#B

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

#M2

- la rubrica "Alte categorii" se va nota:

*- cifra 1, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat **stagiul militar** în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare, Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor **persecutate din motive politice** de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în*

prizonieri, republicat, Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi **magistraților** care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor **persecutate de către regimurile instaurate** în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 **din motive etnice**, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare);

- **cifra 2**, pentru **beneficiarii formularelor europene**, **menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106; E 109; E 112; E 120; E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare;**

#B

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

#M3

e) câmpul "CID/CNP, CE, PASS" corespunde codului numeric personal al pacientului/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

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

- **pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene se vor completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii 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 toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul 8 de pe acesta) pentru titularii de card european;**

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

Pentru cetățenii străini menționați mai sus **se va preciza cetățenia**, prin selecția codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, **conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.**

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

Câmpul 4 - "Diagnostic prezumtiv":

- se vor completa **denumirea în clar a diagnosticului prezumtiv**, precum și **căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului prezumtiv** pentru care se recomandă trimiterea pentru servicii medicale clinice/internare, utilizând **clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999** coduri de boală.

În biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul **consultațiilor preventive** din pachetul de bază, prin care se recomandă servicii medicale clinice, **codul de diagnostic completat va fi 999**.

- Tip diagnostic:

(i) - se va bifa cu "x":

- **căsuța P** pentru servicii medicale clinice specifice pentru unele afecțiuni cuprinse în **programele naționale de sănătate**: diabetul și bolile de nutriție, precum și cele pentru afecțiunile oncologice;
- **căsuța A/S** pentru servicii medicale clinice pentru **afecțiunile acute/subacute/ acutizări ale bolilor cronice**;
- **căsuța C** pentru servicii medicale clinice **pentru bolile cronice**, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate: diabet și boli de nutriție, precum și cele pentru afecțiuni oncologice;
- **căsuța M** pentru efectuarea de servicii medicale clinice **pentru cazurile** la care se realizează **plan de management** integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi; - pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază (cod de diagnostic 999), prin care se recomandă servicii medicale clinice, nu se completează niciuna dintre căsuțele de la câmpul "tip diagnostic".

NOTĂ:

În situațiile în care se utilizează formularele biletelor de trimitere tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori (dar nu mai târziu de 31 mai 2014), medicii care fac recomandarea vor completa, pe verso-ul biletului de trimitere informațiile privind "tipul diagnosticului", aplicând totodată semnătura și parafa.

Câmpul 5 - "Alte diagnostice cunoscute":

- se vor completa **denumirile acestor diagnostice în clar**, precum și **căsuțele destinate codurilor de diagnostice** corespunzătoare diagnosticelor cunoscute, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta **999 coduri de boală**.

#B

Câmpul 6 - "Motivul trimiterii către alte specialități clinice/în vederea internării":

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

Câmpul 7 - "Investigații și tratamente efectuate":

- se va completa de către medicul care trimite pacientul;
- **rezultatul investigațiilor efectuate** va fi scris lizibil și/sau va fi atașat biletului de trimitere/de internare; se va completa și data la care acestea au fost efectuate;
- se completează **tratamentele efectuate sau în curs de efectuare**, pentru afecțiunea pentru care a fost trimis și/sau pentru altele concomitente.

#M3

Câmpul 8 - "Numărul de consultații acordate":

- în căsuță se va completa numărul de consultații acordate pentru același episod de boală acută/subacută/acutezări ale bolilor cronice.

În situația în care medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice consideră necesară trimiterea asiguratului către un alt medic de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acesta va completa în căsuță numărul total de consultații acordate de către acesta, cumulativ după caz cu numărul de consultații anterior acordate de către un alt medic de specialitate din ambulatoriul clinic, astfel încât medicul primitor să cunoască numărul de consultații pe care îl mai poate acorda asiguratului respectiv. Numărul de consultații anterioare este cel înscris în biletul de trimitere cu care s-a prezentat asiguratul la medicul de specialitate respectiv.

Numărul maxim de consultații ce se pot acorda pentru un episod de boală acută/subacută/acutezări ale bolilor cronice la nivelul ambulatoriului de specialitate pentru specialitățile clinice este cel prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

#B

Câmpul 9 - "Data trimiterii":

- se va specifica data trimiterii pacientului pentru efectuarea serviciilor medicale clinice/în vederea internării;
- "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută **specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere/de internare și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia, precum și ștampila furnizorului de servicii medicale**. Se poate aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

Câmpul 10 - "Se internează la unitatea sanitară cu paturi secția":

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

Câmpul 11 - "Motivul pentru care nu a fost necesară internarea și recomandări la domiciliu":

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

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

Câmpul 12 - "Data prezentării și semnătura pacientului":

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

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

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

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
DR.NEDELICU CAMELIA TAMARA



MEDIC SEF
DR.CRUCERU SILVIA MIHAELA

