

**RECOMANDARE**  
**pentru îngrijiri paliative la domiciliu**  
 Nr. .... / ..... \*)

I. Furnizorul de servicii medicale din asistența medicală primară/ambulatoriul de specialitate/unitatea sanitară cu paturi (spitalul)... C.U.I. .... Nr. contract .....  
 încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....

2. Număr telefon asigurat .....

3. Domiciliul .....

4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu .....

5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....

6. Pacient diagnosticat cu afecțiune oncologică DA  /NU

Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate, cod diagnostic.....:

.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificția internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. Durata (numărul de zile de îngrijire) pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu\*\*)

.....

8. Justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu

.....

.....

.....

.....

.....

9. Codul de parafă al medicului

.....

Data .....

Semnătura și parafă medicului

care a avut în îngrijire asiguratul internat

.....

Data, numele și prenumele în

clar și semnătura asiguratului,

apartinătorului sau

împuternicitului

.....

Data .....

Semnătura și parafă medicului

din ambulatoriul de specialitate

.....

\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

\*\*\*) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire paliativă este de maximum 30 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile paliative nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.

2. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta/transmite recomandarea prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrative teritorială solicită să primească aceste servicii, respectiv C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru asigurații aflați în evidența acesteia în cazul în care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are încheiate contracte de furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ teritorială în care asiguratul solicită să primească servicii – pentru certificarea numărului de zile de îngrijire, și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de

valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

3. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu și care nu cuprind diagnosticul stabilit.

**II.** Casa de Asigurări de Sănătate ..... în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de ..... zile de îngrijiri paliative la domiciliu. Pentru asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. care solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de ..... zile de îngrijiri paliative la domiciliu și comunică certificarea casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii.

Data

.....

VIZAT,

.....

**III.** Casa de Asigurări de Sănătate..... în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească servicii de îngrijiri paliative la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. înmânează/transmite lista furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ și punct de lucru, telefon/fax, pagină web) .

Data

.....

VIZAT,

.....