


**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**
**CABINET PREȘEDINTE**

Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București  
E-mail: cabinet\_presedinte@cnasun.ro, Tel. 0372.309.270, Fax 0372.309.231

P/9094/21.10.2015

Catre,

*Să se pună la dispoziție*  
**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....**  
**În atenția: Doamnelor/Domnului Președinte – Director General**



Revenim la adresa Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. P/9094/07.10.2015 cu următoarele precizări:

Așa cum am menționat în adresa mai sus amintită, casele de asigurări de sănătate pot accepta spre depunere dosarele întocmite pentru aprobarea tratamentului antiviral sără interferon al hepatitei cronice C și cirrozei hepatice C în baza protocolului terapeutic de prescriere aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casel Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1301/500/2008 pentru aprobarea protocolelor terapeutice privind prescriverea medicamentelor aferente denumirilor comune Internaționale prevăzute în Listă cuprinzând denumirile comune Internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurați, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Casele de asigurări de sănătate la care se pot depune dosare sunt următoarele: **CASMB, CAS Cluj, CAS Constanța, CAS Dolj, CAS Iași, CAS Bihor, CAS Sibiu, CAS Mureș, CAS Timiș, CAS AOPSNAJ.**

Pentru o bună evaluare atât a pacientului în vederea inițierii terapiei, cât și a rezultatului medical al tratamentului, se acceptă în dosar numai buletinele testărilor fibromax, viremie și genotipare realizate în mod gratuit, în unități medicale autorizate, în baza voucherelor destinate acestor investigații și înmănlate pacienților de către medicii curanți (prescriptori). Voucherul va fi tipărit în trei exemplare:

- 1 exemplar rămâne la medicul curant (prescriptor),
- medicul curant (prescriptor) va anexa 1 exemplar dosarului pacientului împreună buletinele de analize corespunzătoare (buletinele testărilor vor avea același nr. și serie ca voucherul care le însoțește).
- 1 exemplar rămâne la laboratorul de analize care a efectuat investigațiile paraclinice.

Voucherele vor fi puse la dispoziția medicilor curanți (prescriptori) după data de 26.10.2015. Orice alte buletine ale acestor testări care nu vor fi efectuate în baza acestor vouchere nu vor fi luate în considerare de către comisia de experti.

Lista laboratoarelor care vor efectua, în baza voucherelor, testările necesare pentru tratamentul sără interferon este publicată pe site-ul CNAS în secțiunea "Informații pentru asigurați" "Medicamente" „Tratament fără Interferon”:

<http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Lista%20laboratoare%20partener-tratament%20fara%20INTERFERON.pdf>

Anexăm în copie prezentei modelul de voucher.

Cu stima,

**PREȘEDINTE**  
**Vasile CIURCHEA**

*Ne de la CNAS postare pe site-ul  
Rog CAS să totorazi 26.10.2015.  
Vasile Ciurchea*

Program de susținere a investigațiilor paraclinice specifico pacienților oligibili pentru tratamentul fără interferon al hepatitei cronice virale C.

## VOUCHER INVESTIGATII PARACLINICE

SERIA B № 0000311

Către/Nume laborator:

Medic specialist:		
Specialitate:	Instituție/Spital:	
Adresa e-mail/nr. fax unde se vor trimite rezultatele analizelor:	Localitate:	
Nume și prenume pacient:	CNP:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Diagnostic:		

**Examenul solicitat:**

A se bifa	Denumire analiză
<input type="checkbox"/>	ARN-VHC
<input type="checkbox"/>	Fibromax
<input type="checkbox"/>	Genotipare/Subtipare

**Semnătura și parafa medicului:** \_\_\_\_\_

[Note de informare - pentru pacient]

Programul se adresează tuturor pacenților cu hepatită cronica virală C considerați de către medicul curant oligibili pentru infișarea terapiei fără Interferon conform protocolului terapeutic în vigoare și pentru care medicul prescrisitor recomandă analizele de mai sus.

Programul este susținut de AbbVie și constă în susținerea gratuită a analizelor de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acesta recomandare.

Declar că nu luat cunoștința că acest program este un serviciu gratuit, că nu implică nicio contribuție bănească din partea mea în cadrul de pacient.

**NUME SI SEMNĂTURĂ PACIENT:**

\_\_\_\_\_

**DATA:**

\_\_\_\_\_