

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate  
 \*\*) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

2. 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**) | Suma (lei)        |
|----------|--|--|---|-------------------|
| C1       | C2                                       | C3                                       | C4  | $C5=C3 \times C4$ |
|          |  |  |   |                   |
| TOTAL    |  |  | X   |                   |

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

3. 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**) | Suma (lei) |
|----------|--|--|---|------------|
| C1       | C2                                       | C3                                       | C4  | C5=C3xC4   |
| TOTAL    |  |  | X   |            |

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

\*\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

4. Desfășurătorul pe CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare al asiguraților pacienților 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 .....

| Nr. Crt.  | CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de asigurare *) | Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul) | Numărul investigațiilor paraclinice |
|---|--|--|-------------------------------------|
| C1  | C2   | C3   | C4                                  |
| Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/ Număr de identificare personal /Cod unic de asigurare |  |  |                                     |
| ...   |  |  |                                     |
| TOTAL   |  | X  |                                     |

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene titulari de card sau 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 nr. 619/360/2014;

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

NOTĂ:

1. În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, se vor atașa și copii ale fișelor de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicilor cu specialitatea ATI.

2. Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 2) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3)

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

.....

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

5. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la 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 identificare personal / Cod unic de asigurare *) | Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice | Tipul investigației paraclinice efectuate**)/ (codul) | Tarif/ investigație paraclinică ***) | Suma aferentă investigațiilor 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 asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene, titulari de card sau 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 nr. 619/360/2014

\*\*\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

.....

#### NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar în câte două exemplare, dintre care câte unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-g se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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 2-g se completează după caz și de:

- 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 medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală (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 radiografia dentară retroalveolară și panoramică 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 3 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 ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.