

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1							
2							
...							

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni la data înscrierii pe listă.

***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

Anexa 1-a
(continuare)

II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1						
2						
...						

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

**III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/
SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI
FORMULARELOR/ DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA
REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL
CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE
SECURITATE SOCIALĂ**

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/document european (E106, E109, E120, E121/S1)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul membru UE / SEE /Confederația Elvețiană competent	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1								
2								
..								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

NOTĂ:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune/se transmite la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 1-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

În vederea contractării, formularele din anexa 1-a vor fi raportate numai în format electronic atât pentru medici nou veniți cât și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

- ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcție de mișcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1-c;

și/sau

- în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I și III din anexa 1-a se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) și EKG.

Formularele I și III din anexa 1-a vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic la data încheierii actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) și EKG, indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 1-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data:

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD	comentarii
Copil în cadrul familiei	100	
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)	
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri din muncă	102	
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	103	
Studenți-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	104	
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	105*)	
Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	106	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin 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, modificat prin OG. nr. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000	107.1	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare	107.2	
Persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare	107.3	
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin 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	107.4-	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin 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	107.5	
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	108	
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	109	
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	110-	
Salariat sau categorii asimilate	200	
Persoane cu venituri din activități independente	203	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	204	
Persoane cu venituri din chirii	205	
Persoane cu venituri ocazionale	206	
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultură	207-	
Persoanele asigurate potrivit art. 268 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare	208	
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	210	
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 114 și 117 Cod Fiscal	211	

Persoane prevazute la art.1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din OUG nr. 158/2005	212	
Persoane fizice care realizează venituri din arendarea bunurilor agricole în regim de reținere la sursă a impozitului pe venit pentru care plătitorul de venit are obligația reținerii la sursă a contribuțiilor individuale de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 174 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare	213	
Pensionar cu venituri din pensii care depășesc valoarea unui punct de pensie, stabilit pentru anul fiscal	214	
Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii care depășesc valoarea unui punct de pensie, stabilit pentru anul fiscal	215	
Persoane aflate în concediu medical sau în accident de muncă	300	
Persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani	301	
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109, 110, 114 și 124 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate	302	
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	303	
Străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii	304	
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	305	
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308	
Personalul monahal al cultelor recunoscute, care nu realizează venituri	309	
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310	
Pensionar cu venituri din pensii care nu depășesc valoarea unui punct de pensie, stabilit pentru anul fiscal, care nu se încadrează la categoria "Pensionar de invaliditate"	311	
Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii care nu depășesc valoarea unui punct de pensie, stabilit pentru anul fiscal	312	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene (E109/S1)	402	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1)	404	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E106/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E109/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E120/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E121/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	

*) Pentru persoanele nou înscrise pe listă, medicii de familie atașează la fișa medicală, actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată

NOTĂ:

În categoria 200: "Salariat sau categorii asimilate" intră următoarele categorii de persoane:

1. Persoane care realizează venituri obținute din asocierile fără personalitate juridică, conform Ordinului nr. 1977/2013 privind modificarea Ordinului viceprim-ministrului, ministrul finanțelor publice, al ministrului muncii, familiei și protecției sociale și al ministrului sănătății nr. 1.045/2.084/793/2012 pentru aprobarea modelului, conținutului, modalității de depunere și de gestionare a "Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate"

2. Asigurați preluați de casele județene de pensii de la unitățile în faliment

3. Membri ai comisiei de cenzori sau comitetului de audit, precum și membri în consilii, comisii, comitete și altele asemenea: președinții asociațiilor de proprietari sau alte persoane care își desfășoară activitatea în baza contractului de mandat în cadrul asociațiilor de proprietari

4. Persoane disponibilizate care beneficiază de plăți compensatorii acordate în baza contractului colectiv sau individual de muncă suportate din fondul de salarii

5. Administratorii societăților comerciale, companiilor/societăților naționale și regiilor autonome, desemnați /numiți în condițiile legii, precum și reprezentanții în adunarea generală a acționarilor și în consiliul de administrație - conform Ordinului nr. 1977/2013

6. Persoane fizice care realizează venituri sub formă de salarii de la angajatori nerezidenți și care achită contribuțiile sociale individuale - conform Ordinului nr. 1977/2013

7. Personal militar, polițiști și funcționari publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare, la trecerea în rezervă sau direct în retragere, respectiv la încetarea raporturilor de serviciu, fără drept de pensie, din domeniul apărării naționale - Ordinului nr. 1977/2013

In categoria 203: "Persoane cu venituri din activități independente" intră următoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii:

1. Persoane care realizează venituri obținute dintr-o asocieră cu o persoană juridică contribuabil, care nu generează o persoană juridică conform Ordinului nr. 1977/2013

2. Persoane care realizează venituri din activitatea de expertiză contabilă și tehnică, judiciară și extrajudiciară

3. Întreprinzătorii titulari ai unei întreprinderi individuale

4. Membrii întreprinderii familiale

5. Persoane care realizează venituri din activități desfășurate în baza contractelor/convențiilor civile încheiate potrivit Codului civil, precum și a contractelor de agent, conform Ordinului nr. 1977/2013.

In categoria 303: "Somer sau beneficiar alocatie de sprijin" intră următoarea categorie de persoane asimilată acestei categorii:

- persoane disponibilizate care beneficiază de plăți compensatorii suportate de bugetul asigurărilor de șomaj

In categoria 206: "Persoane cu venituri ocazionale" intră și următoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii

1. Persoane cu venituri din dividende, dobânzi

2. Persoane cu câștiguri din premii și jocuri de noroc

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

I. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE

ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1.							
2.							
....							
.							

B. Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - total din care:				
- copii încredințați sau dați în plasament				
4 - 59 ani - total din care:				
- copii încredințați sau dați în plasament				
- pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
- persoane private de libertate aflate în custodia statului				
60 ani și peste - total din care:				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
- persoane private de libertate aflate în custodia statului				
TOTAL				

La grupa de vârstă „4 – 59 ani”: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate + nr. persoanelor din centrele de îngrijire și asistență + numărul persoanelor private de libertate aflate în custodia statului

La grupa de vârstă „60 ani și peste”: totalul > nr. persoanelor instituționalizate din centrele de îngrijire și asistență + numărul persoanelor private de libertate aflate în custodia statului

**II. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR
BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE, ÎNSCRISE PE
LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL**

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa	Vârsta împlinită *)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1.						
2.						
.....						

B. Recapitulația persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie

Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente (număr)	Intrări (număr)	Ieșiri (număr)	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr)

III. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/document european (E106, E109, E120,E121 /S1)	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Statul membru UE/ SEE/ Confederația a Elvețiană, competent	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1.								
2.								

B. Recapitulația persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani				
4 - 59 ani				
60 ani și peste				
TOTAL				

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,**

.....

NOTĂ:

Mișcarea asiguraților pe grupe de vârstă se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani)

*) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

**) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

1. Formularele din anexa 1-c se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar în câte două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG.

Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar pe suport hârtie și în format electronic, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate
 Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de familie
 (nume prenume)
 CNP medic de familie

**DESFĂȘURĂTORUL
 PUNTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE
 LUNA ANUL**

1. Numărul de puncte "per capita"

Nr. Crt.	Grupa de vârstă	Nr.puncte*)/per s./an	Nr. persoane asigurate**)	Nr. puncte realizat (col.2 x col.3) 4=2x3
0	1	2	3	4=2x3
1.	0-3 ani		***)	
2.	0-3 ani (persoane din statele membre ale UE / SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
3.	0-3 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
4.	4-59 ani		****)	
5.	4-59 ani (persoane din statele membre ale UE / SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
6.	4-59 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
7.	4-59 ani (pensionari de invaliditate - care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)			
8.	4-59 ani (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
9.	4-59 ani (persoane private de libertate aflate în custodia statului)			
10.	60 ani și peste		*****)	
11.	60 ani și peste (persoane din statele membre UE/SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor /documentelor europene)			
12.	60 ani și peste (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
13.	60 ani și peste (persoane private de libertate aflate în custodia statului)			
	TOTAL	X		

*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

**) numărul de persoane de la grupa de vârstă „0 -3 ani” (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2 și 3

**) numărul de persoane de la grupa de vârstă „4 -59 ani” (de la col. 3 rândul 4) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupa de vârstă în col. 3 la rândurile 5, 6, 7, 8 și 9

**) numărul de persoane de la grupa de vârstă „60 de ani și peste” (de la col. 3 rândul 10) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 11, 12 și 13

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

I. Dacă total col. 4 este mai mic decât 18.700 inclusiv, plata per capita se realizează după cum urmează:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II. a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte „per capita”/an depășește 18.700 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 18.701 - 22.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (Total col. 4 – 18.700) x 0,75

a.2) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001- 26.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (22.000 – 18.700) x 0,75 + (Total col. C4 - 22.000) x 0,50

a.3) Dacă total col. 4 este peste 26.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (22.000 – 18.700) x 0,75 + (26.000 – 22.000) x 0,50 + (Total col. 4 – 26.000) x 0,25

b) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă se calculează după cum urmează:

b.1) pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (Total col. 4 - 22.000) x 0,75

b.3) pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 – 22.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,50

b.4) pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 – 22.000) x 0,75 + (30.000 – 26.000) x 0,50 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,25

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia

prevăzută la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din Anexa 2 la HG nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (Total col. 4 - 22.000) x 0,75

c.3) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,50

c.4) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000 :

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (30.000 - 26.000) x 0,50 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,25

III. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială /zonă urbană în condițiile prevederilor art. 11 de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare:

Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) =

IV. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială /zonă urbană în condițiile prevederilor art. 14 de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare:

Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) =

V. Număr puncte pe lună = pct. I/12 luni ; pct. II lit. a)/12 luni; pct. II lit. b)/12 luni; pct. II lit. c)/12 luni; pct. III/12 luni sau pct. IV/12 luni.

2. Recalcularea numărului de puncte "per capita" în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea:

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. V din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie” (col. 1 = col. 2 + col. 3)	din care: Număr de puncte „per capita”:		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 1x procent de majorare sau col.2 x procent de majorare)	Condiții în care se desfășoară activitatea pct.de lucru (col.3 x procent de majorare)	Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau col. 2 + col. 3 + col.4 + col. 5 +/- col. 6)
	pentru cabinet (col. 1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/ Nr. total ore din lună)	pentru pct. lucru (col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună) -				
1.	2.	3.	4	5	6	7

În situația cabinetelor cu mai multe puncte de lucru, tabelul se va adapta corespunzător.

3. Recapituție punctaj pentru persoane asigurate înscrise pe listă în funcție de perioada de activitate

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Perioada de întrerupere (zile lucrătoare)	Număr zile lucrătoare luate în calcul (col.1-col.2)	Total puncte pe lună (conform col.7 din tabelul de la pct.2.)	Total puncte "per capita" luate în calculul drepturilor col.3 col.4 x ----- col.1
1.	2.	3.	4.	5.

NOTĂ: Se completează pentru medicii cu liste proprii de asigurați care încep sau întrerup activitatea în cursul unei luni.

4.1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice * ²⁾ :	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice * ³⁾			
3. Management de caz:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁴⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi) * ⁵⁾			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) * ⁶⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			

k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*7):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *8)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *8)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice *9)			
C. Consultații la domiciliul asiguraților*10)	X	X	X
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constator al decesului			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 .

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 .

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 4.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare.

4.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 4.1.*1)	Nr. Puncte /asigurat caz nou-confirmat din col. 4*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				5,5			
2.				5,5			
3.				5,5			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

4.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 4.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 4.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col.5 din tabelul 4.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3= 1 + 2

5. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament			

adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit de medicul de familie.			
C. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a ^{*4)} .			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;			
D. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială^{*5)}	X	X	X
a) consilierea persoanei privind planificarea familială			
b) indicarea unei metode contraceptive			
E. Serviciile de prevenție^{*6)}	X	X	X
Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate			
F. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificat medical constator de deces^{*7)}			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*2) Conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

*4) conform lit. A, punctul 1 subpct. 1.3 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*5) conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.4.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*6) conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*7) conform lit. A - NOTA de la punctul 1 subpct. 1.6 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 5 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare.

6. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte ^{*1)} pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală ^{*2)}			

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației,) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit de medicul de familie.			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
1. Consultația în caz de boală* ⁴⁾ în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X
a. consultație pentru afecțiuni acute			
b. consultație pentru afecțiuni subacute			
c. consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
TOTAL	X		

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*2) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, numele și prenumele titularului de card, data nașterii titularului, codul de identificare al instituției care a emis cardul, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic * ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adekvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit de medicul de familie.			
TOTAL	X		

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*2) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.

*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

8.1 Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultația în caz de boală*²⁾ :	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu			

boli cronice *3)			
3. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou *4)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi) *5)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *6)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*7):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *8)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*8)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice*9)			
C. Consultații la domiciliul asiguraților*10)	X	X	X
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			

b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului			
TOTAL PACHET	X		

Precizări:

- *1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016
- *5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/201 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai 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 și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/ document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/ documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/S1.

8.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod unic de identificare Cod numeric personal/	(E106, E109, E120, E121/S1)document european Tipul de formular/	Statul membru UE/ SEE/ Confederația Elvețiană, competent	din tabelul de la pct. 8.1 ^{*)} de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3)Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile	caz nou-confirmat din col. 6 ^{*)} Nr. Puncte /asigurat	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 6	Specialitatea medicului din col. 8	Nr. contractului încheiat de medicul din col. 8 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.						5,5			
2.						5,5			
3.						5,5			
...						...			
TOTAL	X	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016 punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

8.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 8.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 8.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 7 din tabelul 8.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3=1+2

9.1 Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultația în caz de boală *²⁾:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice *³⁾			
3. Management de caz:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁴⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi) * ⁵⁾			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani)*⁶⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*⁷⁾:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			

3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic			
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice ^{*8)}			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt ^{*8)}			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice ^{*9)}			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR^{*10)}	X	X	X
1. consultații pentru situații de urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului			
TOTAL PACHET	X	X	X
	X		

Precizări:

- *1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016.
- *10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 763/377/2016 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

9.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod unic de identificare/Cod numeric personal/	Statul cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	din tabelul de la pct. 9.1.*1) de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile	caz nou-confirmat din col. 5 *2) Nr. Puncte /asigurat	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 5	Specialitatea medicului din col. 7	nr. contractului încheiat de medicul din col. 7 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală)
-------------	-------------------------	--	--	--	---	--	------------------------------------	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.					5,5			
2.					5,5			
3.					5,5			
...					...			
TOTAL	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016 punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

9.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 9.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 6 din tabelul 9.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3=1+2

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4.3 + total pct. 5 + total pct. 6 + total pct.7 + total pct.8.3 + total pct.9.3

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

11. Recalcularea numărului de puncte pe serviciu în raport cu gradul profesional:

Număr puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie”	Majorarea/diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional <i>(col. 1 x procent de majorare/diminuare)</i>	Total număr de puncte lunar <i>(col. 1 +/- col. 2)</i>
1.	2.	3.

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 1-d) se întocmesc în câte 2 exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de Asigurări de Sănătate
.....**Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către
Casa Națională de Asigurări de Sănătate****Situația punctajului în asistența medicală primară trimestrul pentru stabilirea valorii
definitive a punctului „per capita” și a unui punct pentru plata pe serviciu medical**

Luna	Număr puncte pe trimestru	
	Total puncte* ¹⁾ "per capita" ajustate luate în calculul drepturilor *)	Puncte* ¹⁾ pentru servicii medicale ***)
1	2	3
TOTAL		
Nr. puncte* ¹⁾ raportate în plus sau în minus **)		

*1) Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0

*) Se va trece total col. 7 din tabelul de la pct. 2 sau total col. 5 din tabelul de la pct. 3 după caz, cuprinse în anexa 1-d)

***) Se va trece cu plus numărul de puncte omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz); se va trece cu minus numărul de puncte raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de puncte raportată.

****) Se va trece totalul general puncte pe serviciu din col. 3 din tabelul de la punctul 11 din anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor**PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,**

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL
DIRECȚIEI ECONOMICE**

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE**

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 1-e se întocmește trimestrial în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă urbană și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr zile lucrate	Venit lunar *)	Suma pentru chelt. de administrare și funcționare a cabinetului **) <i>col.3 x 1,5</i>	Total sume luate în calculul drepturilor <i>(col.3 + col.4) x col.2./col.1</i>
1.	2.	3.	4.	5.

Pentru întreaga lună lucrată $col.2/col.1 = 1$

*) Conform art. 14 lit. a) din Anexa nr.2 la H.G. 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 asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

**) Conform art. 14 lit. b) din Anexa nr.2 la H.G. nr.400/2014 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ:

Formularul din Anexa 1-f se întocmește de casa de asigurări de sănătate într-un singur exemplar pentru fiecare medic de familie nou venit și stă la baza completării Anexei 1-g.

Casa de asigurări de sănătate
.....

**Raportare trimestrială a caselor de asigurări
de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate**

**Situația cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială /
zonă urbană, trimestrul.....**

Luna	Număr medici	Cheltuieli de personal*)	Sume pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului**)	Total sume
1.	2.	3.	4.	5=3+4
TOTAL				
Sume raportate în plus sau în minus ***)				

*) Cheltuielile de personal reprezintă un venit echivalent cu media între salariul maxim și cel minim prevăzut în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 763/377/2016.

**) Conform art.14 lit. b) din Anexa nr.2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

***) Se vor trece cu plus sumele omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz); se vor trece cu minus sumele raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de sumă raportată.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE**

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE**

.....

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 1-g se întocmește trimestrial în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

DESFĂȘURĂTORUL ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE NOU VENIT*)
LUNA.....ANUL.....

Număr zile lucrătoare din luna.....	Număr zile lucrate de medicul de familie nou venit

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 3 luni au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 14 din Anexa nr.2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 1-h se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate.....
 Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de familie.....
 (nume, prenume)
 CNP medic de familie.....

**DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA “ PER CAPITA”
 LUNA.....ANUL.....**

**DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA „PER CAPITA” ȘI
 ACORDATE ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ**

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP – uri beneficiare / Coduri unice de identificare	Număr servicii medicale	Nr. Coduri unice de identificare – beneficiare/ numere de identificare personale (pentru titularii formularelor / documentelor europene)
I. SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA „PER CAPITA”				
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală				
2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit de medicul de familie				
3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	x	x	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.				
4. Activități de suport – eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de concediu medical				
b) bilete de trimitere				
c) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri				

d) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului				
e) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate – eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor și numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ.				
f) prescripții medicale				
g) avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate				
5. Servicii de administrare de medicamente				
II. CONSULTAȚIILE PREVĂZUTE LA SUBPUNCTELE 1.1.2, 1.1.3 ȘI 1.3 DE LA LITERA B DIN ANEXA 1 LA ORDINUL NR. 763/377/2016 CARE DEPĂȘESC LIMITELE PREVĂZUTE LA ART. 1 ALIN. (3) LIT. B) DIN ANEXA 2 LA ACELAȘI ORDIN, RESPECTIV:	x	x	x	x
A. Servicii medicale curative				
1. Consultația în caz de boală:				
a) consultație pentru afecțiuni acute				
b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,				
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X	X	X
1. urgență				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
4. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului				

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul nr.763/377/2016.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-i se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE – ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - A CĂROR CONTRAVALOARE SE SUPOARTĂ DE CĂTRE FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE – ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/ (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, 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. 763/377/2016.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-j se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.