

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția C1	Nr. cazuri externate și raportate la CAS C2	Nr. cazuri externate raportate și validate *) C3	Nr. cazuri externate raportate si nevalidate C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2.1 DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) – zz..ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x		x

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul externat nevalidat
- „1” pentru cazul externat validat;
- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS;

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI. |

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate *)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate -numai cazuri reinternate și transferate**)	
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare; -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hartie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.3.1 DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	x

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iulie 2016 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

***) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul invalidat;
- „1” pentru cazul externat validat;
- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;
- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- „11” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

***)) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.3.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE
AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Secția	Nr. cazuri externate si raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)			Nr. cazuri externate raportate si nevalidate
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate		
			Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general**

..... -

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE,
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

SECȚIA	Nr. cazuri externate*)	ICM contractat ¹⁾	Tarif pe caz ponderat ²⁾	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	C4= C1 x C2 x C3
TOTAL SPITAL				

¹⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016;

²⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016;

*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-a.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) -zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Tarif pe caz ponderat ^{*1)}	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016;

În coloanele C1 - C7 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

***) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat validat;

- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „3” conform formulei: $C9=C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.2.1 din anexa 3 - a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite electronic cu semnătură electronică extinsă 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 spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.2.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE,
PENTRU LUNA.....ANUL.....**

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C2 + total col. C3 <= total col. C6 din desfășurătorul 1.2.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016;

*3) Suma realizată se calculează conform formulei $C5 = (C2 \times C4) + (C3 \times C4 \times 10\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-b corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELEANUL.....

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) – zz..ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Tarif pe caz ponderat * ¹⁾	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*¹⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iulie 2016 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

***) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat validat;
- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;
- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „2” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „3” conform formulei: $C9=C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor:

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.1 din anexa 3 - a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite electronic cu semnătură electronică extinsă 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 spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.3.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE,
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELEANUL.....**

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate raportate și validate, în limita sumei contractate*1)			Nr. total cazuri ponderate în limita sumei contractate*1)	Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate				
		Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză*)	Cazuri ponderate fără avizul comisiei de analiză**)			
C1	C2	C3	C4	C5= C2+C3+C4	C6	C7
TOTAL SPITAL					x	

*) Conform art. 9 alin. (3) și (4) din anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

***) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C5 <=/= total col. C6 din desfășurătorul 1.3.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016;

*3) Suma realizată se calculează conform formulei $C7 = [(C2 + C3) \times C6] + (C4 \times C6 \times 10\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul nr. 763/377/2016. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	
	Raportate și validate **)	Raportate și nevalidate	Raportate și validate ***)	Raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

****) Se completează cu numărul de zile de spitalizare validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2)

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,**

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

1.2. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate**)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5=C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

****) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare; -

1.2. b

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS-	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hartie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
..... -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.3 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....**

1.3. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)			Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externate reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

1.3. b

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

***) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hartie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.4.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA...../ ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare realizate și raportate la CAS***)	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate	Raportate și validate	Raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL				

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Validarea cazurilor externate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

****) Nr. zile de spitalizare realizate și raportate la CAS sunt corespunzătoare cazurilor externate și raportate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hartie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.4.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU LUNA...../ ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare realizate și raportate la CAS***)	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate	Raportate și validate	Raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL				

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Validarea cazurilor externate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

****) Nr. zile de spitalizare realizate și raportate la CAS sunt corespunzătoare cazurilor externate și raportate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hartie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.4.3 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU TRIM.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare realizate și raportate la CAS***)	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate	Raportate și validate	Raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL				

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Validarea cazurilor externate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

****) Nr. zile de spitalizare realizate și raportate la CAS sunt corespunzătoare cazurilor externate și raportate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hartie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN
SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate și validate **)	Durata de spitalizare ¹⁾	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate ***)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC3xC5 sau C6=C4 x C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 raportul 1.1 din anexa 3-c.

****) Se completează cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

*****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

¹⁾ durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 763/377/2016;

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

1.2. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Durata de spitalizare*2)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate			
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = C2 \times C4 \times C5 + C3 \times C4 \times C5 \times 10\%$
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) subpct. 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.a din anexa 3 - c. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.a din anexa 3 - c.

*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 763/377/2016 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin Ordinul nr. 763/377/2016.

1.2.b

Secția/ compartimentul *)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2)

***) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.b din anexa 3 - c.

****) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a + col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016, din care se scade suma din coloana C6 din raportul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.	Suma rămasă de plată pentru luna curentă
--	---

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

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

1.3.a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate ¹⁾			Durata de spitalizare ²⁾	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată**) C7= (C2+C3)xC5xC6 +C4xC5xC6x10%
	Nr. cazuri externate, raportate și validate (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externate, raportate și validate reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate și validate reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	
TOTAL SPITAL				x	x	

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului. aprobată/avizată de MS.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b1) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

¹⁾ Coloana C2+coloana C3 + coloana C4 <= coloana C3 + coloana C4 + coloana C5 din tabelul 1.3.a din anexa 3 - c.

²⁾ Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 763/377/2016 dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordinul nr. 763/377/2016.

1.3.b

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

***) Coloana C2 <=/= coloana C3 din tabelul 1.3.b din anexa 3 - c.

****) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul. nr. 763/377/2016;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.4.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA...../LUNA...../TRIM.....ANUL.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL SPITAL				

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

***) Coloana C3 <=/= coloana C3 din tabelul 1.4.1 din anexa 3 - c.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.4.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU LUNA.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL SPITAL				

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C3 <=/= coloana C3 din tabelul 1.4.2 din anexa 3 - c.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b2) subpct.1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.4.3 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU TRIM.....ANUL.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL SPITAL				

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C3 <=/= coloana €2 C3 din tabelul 1.4.3 din anexa 3 - c.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) pct. b2) subpct. 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT
AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate **)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016.

***) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,**

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2.1 DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția /compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

***) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul invalidat;
- „1” pentru cazul externat validat;
- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT
AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

Secția/ compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate **)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5=C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.3.1 DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția /compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iulie 2016 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

***) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul invalidat;
- „1” pentru cazul externat validat;
- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;
- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- „11” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- „12” pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.3.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	Nr. cazuri externe, raportate și validate **):			Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externe reinternate sau transferate;

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,**

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016.

**) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-e.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

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

.....

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă formularul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
PENTRU LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate *1)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C4 + C3 \times C4 \times 10\%$
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016.

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-f corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

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

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.3.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat **)	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iulie 2016 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 iulie 2016, ora 10:50 se va completa 10.07.16.10:50)

***) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat validat;

- „2” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

- „3” pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „2” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „3” conform formulei: $C7=C6 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor:-

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite electronic cu semnătură electronică extinsă 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 spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.3.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate în limita sumei contractate *1)			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
	Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL				x	

*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul nr. 763/377/2016.

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C4 <= coloana C5 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e.

***) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

****) Suma realizată se calculează conform formulei $C6 = [(C2+C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 10\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016;

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

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

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**RAPORT CU DETALIAREA CAZURILOR INVALIDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI.....
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA...../LUNA...../TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Date de identificare al cazului externat invalidat *)				Motivul invalidării	
Secția/compartimentul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (SNSPMPDSB/CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 – C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.1 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL.....**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**)Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

1.1 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL.....

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**)Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.1 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

1.2 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI PENTRU LUNA ANUL.....

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.2 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

1.3 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

1.3 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**1.3 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI și pe hârtie.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi **)	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 A din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 B din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 C din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

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

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA.....ANUL.....

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 A din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 B din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 C din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016, din care se scade suma (col. C5 tabelul A+col. C5 tabelul B+col. C4 tabelul C din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

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

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.3 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

**A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ
REZOLVAT MEDICAL**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 A din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	$C5 = C3 \times C4$
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 B din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ
SERVICIU MEDICAL**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 763/377/2016.

***) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 C din anexa 3-h.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 763/377/2016. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Conform raportului 1.2 C din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

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

.....

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt 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 spitalicești. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportul se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ALE UNITATII SANITARE CU PATURI.....
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA...../LUNA...../TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat *)				Motivul invalidării	
Cod de identificare a cazului externat	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fișei de spitalizare de zi	Tip fișă (caz / serviciu)	Mesaj de eroare	Tip eroare (SNSPMPDSB/CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 – C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI**

**RAPORT PRIVIND NUMĂRUL ZILELOR DE SPITALIZARE PESTE MEDIANA FIECĂREI GRUPE DRG ÎN SECȚIA/COMPARTIMENTUL
DE TERAPIE INTENSIVĂ A SPITALULUI.....
ÎN TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Nr. crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD) ¹⁾	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A) ¹⁾	Grupa de diagnostic ¹⁾	Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de TI a spitalului*)

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

) Conform Anexei nr. 23 B I și II la Ordinul nr. 763/377/2016;

*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B I și II la Ordinul nr. 763/377/2016.

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
DIRECTOR GENERAL**