

# CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

DG .....2015

**APROB,  
PREȘEDINTE  
VASILE CIURCHEA**

## REFERAT DE APROBARE

**Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, sunt aprobate prin Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, cu modificările și completările ulterioare**

Având în vedere următoarele:

- Modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016,
- Modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate;
- Modificarea și completarea Ordonanței de urgență nr. 77/2011 *privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății*, care permit în anul 2015, începând cu data intrării în vigoare a O.U.G. 12/2015 încheierea de contracte cost-volum / cost-volum-rezultat;
- Regulamentul (CE) nr. 883/2004 Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;
- solicitarea Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” Iași (adresa înregistrată cu nr. P 7311/03.08.2015) și punctul de vedere al coordonatorului național (transmis prin adresa nr. P 7548/14.08.2015), de includere în lista unităților sanitare care derulează Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficiență primară;
- propunerea coordonatorului național (adresa înregistrată cu nr. P 8888/30.09.2015) de includere în lista unităților sanitare care derulează Programul național de boli cardiovasculare, a următoarelor unități sanitare:
  - a) Spitalul Universitar de Urgență București
  - b) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
  - c) Spitalul Clinic Colentina București;
  - d) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara; Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
  - e) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;

- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
  - g) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București,
- și de a modifica criteriile de eligibilitate la procedurile de ablație din cadrul programului mai sus menționat.

am elaborat proiectul de modificare și completare a Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 pentru aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, pe care, dacă sunteți de acord, vă rugăm să-l aprobați.

**Director General**  
**Ec. Radu Țibichi**

**Medic Șef**  
**Dr. Anci Ionescu**

**Director Direcția Programe Curative**  
**Dr. Oana Costan**

**ORDIN nr. 963 / 01.10.2015**

privind modificarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015

Văzând Referatul de aprobare nr. DG nr. 1656/01.10.2015 al Directorului General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 51 alin. (1), lit. b) și alin. (5), lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, precum și Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 291, alin. (2) din Legea nr. 95/2006 republicată, precum și art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

**ART. I**

Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 219 și 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1.** La capitolul I, la articolul 3, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„(2<sup>1</sup>) Pentru anul 2016 includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, până la data de 31 decembrie 2015.”

**2.** La capitolul I, la articolul 3, lit. c) a alineatului (3), se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale; selecția furnizorilor privați de servicii medicale se realizează conform prevederilor alineatului (2<sup>1</sup>);”

**3.** La capitolul I, la articolul 3, alineatul (11) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(11) Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, care însoțește persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, prezintă

obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidențele proprii.”

**4.** La capitolul I, la articolul 8, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Includerea unităților de specialitate private care derulează programele naționale de sănătate curative se face potrivit art. 3, alin. (3), lit. c).”

**5.** La capitolul II, la articolul 21, literele b) și c) ale alineatului (4), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) ca urmare a actualizării Catalogului național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (Canamed) prin completarea/modificarea Listei de medicamente - denumiri comerciale; Lista se elaborează în termen de 15 zile de la actualizarea Canamed și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale Canamed un medicament cu autorizație de punere pe piață a obținut avizul Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul/preț cu ridicata pe unitatea terapeutică mai mic sau egal cu prețul de decontare, cu excepția medicamentelor al căror DCI este prevăzut în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate și care nu are nici un medicament - denumire comercială în Lista prevăzută la alin. (2). Deținătorul autorizației de punere pe piață a medicamentului, prin reprezentantul său legal, declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui furnizorilor care derulează programe naționale de sănătate, cu excepția diminuărilor de preț pentru medicamentele existente în Lista prevăzută la alin. (2) și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.”

**6.** La capitolul III, la articolul 24, alineatele (3) - (6) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare / declarațiile de servicii, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare specifice acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis, unitățile de specialitate depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi și borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program național de sănătate curativ, respectiv pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aprobate de către comisiile de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum componenta prescriere și componenta eliberare pentru prescrierile of-line, precum și pentru prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante și păstrează în evidența proprie prescripțiile medicale (componenta prescriere/filele de condică), acestea urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(5) Pentru Programul național de diabet zaharat, farmaciile cu circuit deschis depun/transmit caselor de asigurări de sănătate borderouri centralizatoare în care vor fi evidențiate distinct medicamentele specifice insulină, insulină și ADO, ADO, după caz, precum și testele de automonitorizare;

(6) În vederea decontării contravalorii medicamentelor acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, inclusiv pentru medicamentele care fac obiectul contactelor cost volum, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi și borderouri centralizatoare, în format electronic, cu semnatura electronica extinsa, cu evidențe distincte pe fiecare program național de sănătate curativ, respectiv borderouri pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aprobate de către comisiile de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru care medicul utilizează formulare de prescripții distincte și pentru fiecare medicament pentru care au fost încheiate contracte cost volum pentru care medicul utilizează formulare de prescripții distincte.

Pentru prescripțiile medicale electronice on-line, componenta prescriere și componenta eliberare, se păstrează în evidența proprie a farmaciei urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line și prescripțiile medicale cu regim special utilizate pentru prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope, componenta prescriere și componenta eliberare vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în vederea decontării.”

**7.** La capitolul III, la articolul 26, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Unitățile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, pentru alte servicii medicale decât cele prevăzute la alin. (2), prezintă acestora, în primele 15 zile ale lunii următoare, indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară și documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, factura și cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă.”

**8.** La capitolul III, la articolul 27, alineatele (2) - (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, furnizorii vor depune până la termenul prevăzut în contractul încheiat pentru derularea programului/subprogramului național curativ facturile și documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. Casele de asigurări de sănătate vor analiza și valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situațiile prezentate de unitățile de specialitate și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate și acordării vizei de "bun de plată".

(3) Pentru serviciile de dializă și serviciile de radioterapie, furnizorii vor depune până la termenul prevăzut în contractul încheiat pentru derularea programului/subprogramului național curativ facturile și documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. Casele de asigurări de sănătate vor analiza și valida, în termen de 5 zile lucrătoare de la primire, situațiile prezentate de unitățile de specialitate și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate și acordării vizei de "bun de plată".

**9.** La capitolul IV, la articolul 30, alineatele (5) - (7), (9) și (14) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(5) Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevăriniței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 14 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI / CI / pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevăriniței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 14 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI / CI / pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, dintre care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport de hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia dacă aceasta nu poate prezenta cardul național de asigurări de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevăriniței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 14 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI / CI / pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

.....

(9) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost – volum, prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumirea comercială, cu excepția produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceluiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice inclusiv pentru DCI - Combinații. Prescrierea medicamentelor cu aprobarea comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se realizează în baza deciziilor de aprobare.

.....  
(14) Medicamentele specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli endocrine cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum, precum și pentru tratamentul substitutiv cu metadonă cuprinși în programele naționale de sănătate curative, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică on-line sau off-line sau prescripție medicală cu regim special utilizată pentru preparate stupefiante și psihotrope, după caz.”

**10.** La capitolul IV, la articolul 31, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepția medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice, cu scleroză multiplă, osteoporoză (numai medicamentele care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis), hipertensiune arterială pulmonară, epidermoliză buloasă, scleroză tuberoasă, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină și pentru stări posttransplant, respectiv a materialelor consumabile pentru pompele de insulină și a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă cuprinși în programele naționale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz. Pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice și bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii și prognosticul bolii. În cadrul Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu hemofilie, respectiv prevenția (substituție profilactică) și tratamentul accidentelor hemoragice (substituție "on demande") prescrierea și eliberarea medicamentelor poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz cu obligativitatea din partea bolnavului ca la fiecare prescriere să prezinte medicului prescriptor ambalajele medicamentelor utilizate și să respecte condițiile de depozitare prevăzute pe ambalaj. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de până la 30 - 31 zile.”

**11.** La capitolul V, articolul 32, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 32

Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3), care sunt și în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizare de medicamente respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz. Medicamentele în tratamentul ambulatoriu, eliberate în

cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum se eliberează de către farmacii în baza actelor adiționale încheiate în acest sens.”

**12.** La capitolul V, la articolul 35, și literele b), f), i) și j) ale alineatului (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

(2) În relațiile contractuale cu furnizorii, casele de asigurări de sănătate au și următoarele obligații:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport de hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic.”

.....

f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

.....

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

**13.** La Capitolul VIII, la titlul Programul național de boli cardiovasculare, subtitlul Criterii de eligibilitate, litera c<sup>1</sup> se modifică și va avea următorul cuprins:

„c<sup>1</sup>) Pentru tratamentul prin proceduri de ablatie al pacienților cu fibrilație atrială, tahicardie atrială focală, flutter atrial atipic, extrasistole atriale și ventriculare, tahicardii ventriculare sau alte aritmii la care metodele de ablatie conventionale nu au fost eficiente sau sunt considerate riscante.



Ablatia este indicata la acesti pacienti cand tratamentul medicamentos sau prin alte mijloace nu a fost eficace, nu este tolerat sau nu este acceptabil de prima intenție conform ghidurilor actuale.”

**14.** La Capitolul VIII, la titlul Programul național de boli cardiovasculare, subtitlul Unități care derulează programul punctul 3<sup>1</sup>) se modifică și va avea urmatorul cuprins:

„3<sup>1</sup> proceduri de ablație:

- a) Spitalul Clinic de Urgență București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București
- c) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- d) Spitalul Clinic Colentina București;
- e) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- f) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- g) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- i) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București”

**15.** La Capitolul VIII, titlul, Programul național de tratament pentru boli rare, subtitlul Unități care derulează programul, la punctul 11), după litera t) se introduce o nouă literă, litera ț) cu următorul cuprins:

„ț) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” Iași;”

**16.** La Anexa 1, la articolul 4, literele b), f), i) și j) ale alineatului (1), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum /materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic.

.....  
f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

.....  
i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor

Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

**17.** La Anexa 1, la articolul 4, alineatul (1) după litera i) se introduce o noua litera, lit. i<sup>1)</sup> cu următorul cuprins:

„i<sup>1)</sup> să țină evidența distinctă pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;”

**18.** La Anexa 1, la articolul 5, literele g), i) - l), p), r), ad), ae) și af) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI –urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate precum și pentru DCI-urile (Denumiri comerciale internaționale) care fac obiectul contractelor cost –volum.

.....  
i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

j) să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line /copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;

l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă),

medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

.....  
p) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

.....  
r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică, extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, iar în situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport de hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

.....  
ad) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea asigurate potrivit literelor ad) și ad<sup>1</sup>) și decontate din bugetul FNUASS.

af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, serviciile prevăzute la lit. ad) și ad<sup>1</sup>), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz de documentele justificative /documentele însoțitoare;”

**19.** La Anexa 1, la articolul 5, după litera ad) se introduce o noua litera, lit. ad<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„ad<sup>1</sup>) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate

a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;”

**20.** La Anexa 1, articolul 6, se modifică și se completează și va avea următorul cuprins:

„Art. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2015 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este:

1. .... lei;

2. .... lei;

3. .... lei;

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre

3. Lunar, pana la data de ..... a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, CAS deconteaza contravaloarea serviciilor medicale medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise la CAS pana la data de ....., cu incadrarea in sumele contractate.”

**21.** La Anexa 1, la articolul 11, alineatele (1) - (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a) - q), s) - t), u), x) - z), ab) - af) atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice / serviciilor medicale eliberate/ efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;”

(2) Nerespectarea obligației prevăzută la art. 5 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/ subprogramul respective.

(3) Nerespectarea obligației prevăzută la art. 5 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/ subprogramul respectiv.”

**22.** La anexa 2, articolul 6, literele b), i), și j) ale alineatului (1), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport de hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum și materialelor sanitare specifice raportate contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit

reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic.

.....  
i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să deconteze contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

**23.** La Anexa 2, la articolul 6, alineatul (1) după litera i) se introduce o nouă literă, lit. i<sup>1)</sup> cu următorul cuprins:

„i<sup>1)</sup> să țină evidența distinctă pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;”

**24.** La anexa 2, articolul 7, literele g), r), ț), x), aa), ad), ae) și af) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) să întocmească și să transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul informatic unic integrat și cu datele raportate potrivit prevederilor lit. u);

.....  
r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și materialele sanitare specifice ce se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contract; Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în bugetul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate și afișat de aceasta pe site;

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

.....  
x) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

.....  
aa) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

.....  
ad) să elibereze medicamentele și/sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

(i) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naționale curative de oncologie și diabet zaharat în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România

(ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(iii) pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate,

respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

af) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative sanitare acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, și după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț.”

**25.** La anexa 2, la articolul 10, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.”

**26.** La Anexa 2, la articolul 16, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ț), u) și x) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.”

**27.** La Anexa 2, articolul 19 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 19

(1) Prevederile art. 17 și 18 referitoare la situațiile de încetare și suspendare a contractului se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.”

**28.** La Anexa 3, la articolul 6, literele b), i) și j) ale alineatului (1), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport de hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic.”

.....  
i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale paraclinice, acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea investigațiilor paraclinice, după caz, beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

**29.** La Anexa 3, articolul 7, lit. d), j), aj), am) și ao) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată potrivit contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

.....  
j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;



aj) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

.....  
am) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, pe baza setului minim de date: CNP/CID/ număr card european/număr formular /număr pașaport/numar act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă);

.....  
ao) să raporteze distinct, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, serviciile medicale paraclinice prevăzute la lit. an), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciile medicale paraclinice și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare.”

**30.** La Anexa 4, punctul 5.1, lit. ab), ad), ai) și aj) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/numar act identitate al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;

ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, atât pe suport de hartie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

ai) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

aj) să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de dializă prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;”

**31.** La Anexa 4, punctul 5.3, lit. b), i), și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport de hârtie /în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de dializă contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic ”

.....  
i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de dializă acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate,

respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de dializă acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

**32.** La Anexa 4, punctele 5.4.1, 5.4.3, 5.4.4, 5.4.6 și 5.4.9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„5.4.1. În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la clauza 5.1. lit. c), d), g), h), j), l), p), r) și ad) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

.....  
5.4.3 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

5.4.4 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la clauza 5.4.3, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

.....  
5.4.6 Nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

.....  
5.4.9 În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**33.** La Anexa 4, punctul 6.2.2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„6.2.2. Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de

sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare. Furnizorul va emite și va depune în termen de ..... zile lucrătoare, o factură în lei, pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii și acordării vizei de "bun de plată", casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.”

**34.** La Anexa 5, la articolul 6, literele b), f), i), j) ale alineatului (1), se modifică și se completează și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport de hârtie /în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic; ”

.....  
f) să înmâneze Furnizorului, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

.....  
i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

**35.** La Anexa 5, articolul 7, literele c), ab), ac), af), ag) și ah), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) să furnizeze serviciile de radioterapie în regim de spitalizare de zi pacienților titulari ai cardului European de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr.

883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

.....  
ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/număr act identitate al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii de radioterapie efectuate (inclusiv doza totală administrată);

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie, precum și pentru niciun act administrativ emis ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul suprogramului, cu excepția celei de-a doua opinie medicală, la cererea expresă a asiguratului și numai în situația în care aceasta a fost acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

.....  
af) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi, asigurate potrivit literei c) și decontate din bugetul Fondului;

ag) să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile prevăzute la lit. af) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ah) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, atât pe suport de hartie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic.”

**36.** La Anexa 5, articolul 14, alineatele (1) - (3) și (7), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) și ai), se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(7) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**37.** La Anexa 5, articolul 15 litera g) a alineatului (1), se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), h), p) Ț) și ac);”

**38.** La Anexa 5, teza finală după art. 24, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Prezentul contract de furnizare a serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate  
Președinte-director general,  
.....

Furnizor de servicii de radioterapie  
realizate în regim de spitalizare de zi

Reprezentant legal,  
.....

Director executiv  
Direcția economic,  
.....

Director executiv  
Direcția relații contractuale,  
.....

Medic-șef,  
.....

Vizat juridic, contencios  
.....”

**39.** În tot cuprinsul Ordinului, sintagma „servicii de radioterapie” se înlocuiește cu sintagma „servicii de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi”, iar sintagma „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice” se înlocuiește cu sintagma „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi”.

**40.** Anexele nr. 6-8 se modifică și se înlocuiesc cu anexele 1-3 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

## ART. II

Direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programe naționale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

**ART. III**

Prezentul ordin se aplică începând cu luna octombrie 2015 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**PREȘEDINTE,  
Vasile CIURCHEA**

**Director General,  
Ec. Radu Țibichi**

**Direcția Generală Relații Contractuale  
Director General Adjunct,  
Ec. Liliana Lukacs**

**Medic Șef-Director General Adjunct,  
Dr. Anci Ionescu**

**Direcția Acorduri Internaționale  
Director,  
Ec. Victoria Eremia**

**Direcția Programe Curative  
Director,  
Dr. Oana Costan**

**Aviz de legalitate nr.  
Direcția Juridic și Contencios Administrativ  
Director Cj. Liliana Mihai**

Societatea Farmaceutică

ANEXA nr. 1

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 6 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Borderou centralizator PNS –uri medicamente/materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul  
care insoteste factura seria .... nr...../data .....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2												
.....												
n												
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente,dupa caz

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau (9)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.1 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS .....medicamente in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2												
.....												
n												
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente,dupa caz

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau (9)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu exceptia Programului national de diabet unde se va completa cate un extras centralizator pentru: insulina,insulina +ADO, respectiv pentru ADO, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....



Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.1.1 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate pentru titularii de card European in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. card european	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
2								
.....								
n								
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este cuprins in total coloana (12) din Anexa 6.

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNS..... in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.1.2 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS..... medicamente eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru pacientii din statele cu care Romania  
a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii  
pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
.....									
n									
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (9) este inclus in total coloana (12) din Anexa 6.

\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.1.3 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS..... medicamente eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene  
pentru luna .....anul.....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
.....									
n									
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (9) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 6.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, dupa caz .

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.1.4 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator pentru PNS.....DCI-uri cu aprobarea comisiilor de experti CNAS eliberate in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2												
.....												
n												
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr. de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (12) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 6.

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau (9)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Se completeaza cate un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu exceptia Programului national de diabet unde se va completa cate un borderou centralizator pentru : insulina,insulina +ADO, respectiv pentru ADO, dupa caz.

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

ANEXA nr. 1

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 6.2 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator PNS .....teste de automonitorizare in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Nr. teste	Nr. luni	Total valoare teste la pret de decontare din care:	Total valoare teste la pret de decontare copii	Total valoare teste la pret de decontare adulti
	Nr. ord.	Data													
	2.1.	2.2.													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2															
.....															
n															
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>			

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau (9)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Coloana (13) = coloana (14) + coloana (15)

Total Coloana (13) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 6.

Extrasul de borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.2.1 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS ..... teste de automonitorizare  
eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card European  
pentru luna .....anul .....**

Lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. card european	Tara	Total valoare teste la pret de decontare
	Nr. ord.	Data					
	2.1.	2.2.					
1	2		3	4	5	6	7
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (7) este cuprins in total coloana (12) din Anexa 6.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.2.2 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS..... teste de automonitorizare eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru pacientii din statele cu care Romania  
a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii  
pentru luna .....anul .....**

Lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare teste la pret de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
2								
.....								
n								
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (8) este inclus in total coloana (12) din Anexa 6

\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.2.3 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS..... teste de automonitorizare eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene  
pentru luna .....anul.....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
2								
.....								
n								
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 6.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....



Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.3 la normele tehnice)

**Borderou centralizator pentru medicamentele (denumiri comerciale) din cadrul PNS –urilor de care beneficiaza asiguratii in tratamentul ambulatoriu si care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna .....anul care insoteste factura seria .... nr...../data .....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2												
.....												
n												
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente,dupa caz

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau (9)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Se intocmeste cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.3.1 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator medicamentele (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum  
din cadrul PNS ..... eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. card european	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
2								
.....								
n								
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este cuprins in total coloana (12) din Anexa 7.

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNS..... in luna anterioara.

Se intocmeste cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

ANEXA nr. 1

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 6.3.2 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator medicamente(denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS .....  
eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru pacientii din statele cu care Romania  
a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii  
pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
.....									
n									
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (9) este inclus in total coloana (12) din Anexa 7.

\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se intocmeste cate un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Societatea Farmaceutică .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 1

(Anexa 6.3.3 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator medicamente(denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS .....  
eliberate in tratamentul ambulatoriu pacientilor titulari de formulare europene  
pentru luna .....anul.....**

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
.....									
n									
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (9) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 7.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se intocmeste cate un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitara .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

ANEXA nr. 2

(Anexa 7 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Borderou centralizator PNS –uri medicamente eliberate in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2										
.....										
n										
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizor,dupa caz

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (7) sau (8)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (5), (7) sau (8)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Se intocmeste cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS , dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitara .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 2

(Anexa 7.1 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate pentru titularii de card European in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. card european	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7
2						
.....						
n						
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizor, dupa caz.

Total Coloana (7) este cuprins in total coloana (11) din Anexa 8.

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNS..... in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitara .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 2

(Anexa 7.1.2 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS..... medicamente eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru pacientii din statele cu care Romania  
a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii  
pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizor, dupa caz.

Total coloana (8) este inclus in total coloana (11) din Anexa 8.

\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitara .....

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

Nr. ....Data .....

ANEXA nr. 2

(Anexa 7.1.3 la normele tehnice)

**Extras borderou centralizator PNS..... medicamente eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene  
pentru luna .....anul.....**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este inclusa in total coloana (11) din Anexa 8.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, dupa caz .

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....



Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Borderou centralizator PNS .....materiale sanitare (epidermoliza buloasa) in tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2									
.....									
n									
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (7) sau (8)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (5), (7) sau (8)

Total coloana (10) este inclusa in total coloana (14) din anexa 6.6

Extrasul de borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materialele sanitare eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8.1 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator PNS.....materiale sanitare (epidermoliza buloasa) eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru pacientii din statele cu care**

**Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii**

**pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (8) este inclus in total coloana (10) din Anexa 9.

\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materialele sanitare eliberate pe PNS..... in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8.1.2 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator PNS..... materiale sanitare ( epidermoliza buloasa) eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene**

**pentru luna .....anul.....**

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este inclusa in total coloana (10) din Anexa 9.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materiale sanitare eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8.2 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Borderou centralizator pentru medicamentele (denumiri comerciale) din cadrul PNS –urilor de care beneficiaza asiguratii in tratamentul ambulatoriu si care fac obiectul contractelor cost-volum**

**pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pasaport	Tip formular / document European	** Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2										
.....										
n										
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul ,dupa caz

\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (7) sau (8)

\*\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

\*\*\*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (5), (7) sau (8)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS .....in luna anterioara.

Se intocmeste cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8.2.1 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator medicamentele (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum  
din cadrul PNS ..... eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european  
pentru luna .....anul**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. card european	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	3	4	5	6	7	8
2						
.....						
n						
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizor, dupa caz.

Total Coloana (8) este cuprins in total coloana (11) din Anexa 10.

Extrasul de borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNS..... in luna anterioara.

Se intocmeste cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8.2.2 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator medicamente(denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS .....**

**eliberate in tratamentul ambulatoriu pentru pacientii din statele cu care Romania**

**a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii**

**pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (8) este inclus in total coloana (11) din Anexa 10.

\*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se intocmeste cate un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....

Unitatea sanitara .....

ANEXA 3

Nr. Contract .....incheiat cu CAS.....

(Anexa 8.2.3 la normele tehnice)

Nr. ....Data .....

**Extras borderou centralizator medicamente(denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS .....**

**eliberate in tratamentul ambulatoriu pacientilor titulari de formulare europene**

**pentru luna .....anul.....**

lei

Nr. crt.	Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	Nr. pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
.....							
n							
<b>Total</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este inclusa in total coloana (11) din Anexa 10.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se intocmeste cate un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS si respectiv medicament ( denumire comerciala) care face obiectul contractelor cost –volum

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal .....