

**SE APROBĂ,  
PREȘEDINTE  
Dr. Doru BĂDESCU**

**AVIZAT,  
Director General  
Karla NENU**

**REFERAT DE APROBARE**

**al ordinului pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special**

**Având în vedere prevederile:**

- art. 138 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013,

- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013,

Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 24/2012 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele activităților realizate, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, cu modificările și completările ulterioare, își încetează valabilitatea.

Pe cale de consecință, vă supunem aprobării prezentul proiect de ordin pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special.

De asemenea, anexăm desfășurătoarele necesare raportării în vederea decontării serviciilor medicale din asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate, asistența medicală din unități sanitare cu paturi, a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, a serviciilor, de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare precum și a listei persoanelor cu afecțiuni cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu.

**DIRECTOR GENERAL ADJUNCT,  
Ec. Liliana LUKACS**

**DIRECȚIA REGLEMENTĂRI  
ȘI NORME DE CONTRACTARE  
DIRECTOR,  
Valentina DIACONU**

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

**ORDIN Nr. .... / .....**

**pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special**

**Având în vedere:**

- Referatul de aprobare al Direcției Generale Relații Contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC..... din .....

**În temeiul prevederilor:**

- art. 138 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013,

- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013,

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aprobat prin H.G. nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1 (1) Se aprobă documentele justificative - formulare, unice pe țară, fără regim special, care includ desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 1-a - 1-k.

(2) Se aprobă documentele justificative - formulare, unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 2-a - 2-n.

(3) Se aprobă documentele justificative-formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din unitățile sanitare cu paturi, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 3-a - 3-k.

(4) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, în vederea decontării lunare și trimestriale de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 4-a - 4-d.

(5) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 5-a și 5-b.

(6) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6-a și 6-b.

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare, unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor cu afecțiuni cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu conform anexelor nr. 7-a - 7-d.

(8) Formularele menționate la alineatele (1) - (7) se utilizează împreună cu formularele tipizate de "Factură" fără TVA, întocmite conform prevederilor Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 2.226/2006 privind utilizarea unor formulare financiar-contabile de către persoanele prevăzute la art. 1 din Legea contabilității nr. 82/1991, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2 (1) Anexele nr. 1 - 7 fac parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Formularele cuprinse în prezentul ordin constituie modele-tip.

Art. 3 Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul ordin.

Art. 4 (1) Desfășurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru asigurați, pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) La formularele menționate la alin. (1) se vor atașa, după caz:

a) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de asigurare, specificarea serviciilor medicale efectuate în cazul persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale;

b) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de asigurare, specificarea serviciilor medicale acordate cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;

c) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate;

d) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare de formulare europene, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis formularul european în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, respectiv în baza Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71. Tipurile de formulare europene sunt: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare;

e) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Art. 5 La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/2012 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară,

fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 108 și 108 bis din 10 februarie 2012 cu modificările ulterioare.

Art. 6 Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 7 Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**PREȘEDINTE,**  
**Dr. Doru BĂDESCU**



Casa de asigurări de sănătate

.....  
Furnizorul de servicii medicale

Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
Localitate ..........  
Medic de familie .....

Județ .....

(nume prenume)

CNP medic de familie .....

**I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, RESPECTIV PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV**

**Grupa de vârstă .....\*)**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data ieșirii de pe listă

B - Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare

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

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

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

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

## II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

Grupa de vârstă .....\*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.

### Notă:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

Formularele din anexa 1-a vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medici nou veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

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

și/sau

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

2. Datele din ambele liste se vor completa cu majuscule.

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

Formularul I din anexa 1-a va fi raportat pe suport de hârtie și în format electronic la data încheierii actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografia generale (abdomen și pelvis), indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie."

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate  
.....

Data: .....

### CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD
Copil în cadrul familiei	01
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	02*)
Salariat	03
Pensionar cu venituri mai mici de 740 lei, care nu se încadrează la categoria "Pensionar de invaliditate"	04.1
Pensionar de invaliditate	05
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	06
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă	07
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	08
Soț, soție, părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	09
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare	10
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare	11
Persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare	12.1
Pensionari cu venituri din pensii care depășesc 740 lei	13.2
Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	14
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate	15.1
Liber profesioniști	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultură	17
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență	18*)
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare	19



Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	20
Alte categorii de asigurați plătitori	21.1
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	22
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	23
Străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;	24.1
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	24.2
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	25
Persoane cu venituri din chirii	26
Persoane cu venituri din dividende	27
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	28
Persoane care realizează alte venituri impozabile reglementate de Legea nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, art. 257 alin. (2) lit. f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare	29
Persoane care se asigură facultativ	30
Persoanele care se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;	31.1
Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin. 9 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare	32
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	33
Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte	34
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare	35
Studenti-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	36

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

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie .....

(nume prenume)

CNP medic de familie .....

**I. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR  
BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, RESPECTIV  
PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ  
FACULTATIV, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE  
ÎN LUNA ..... ANUL .....**

**A. Intrări/Ieșiri în/din listă**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data ieșirii de pe listă

B - Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare

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

**B. Recapitulăția asiguraților înscriși pe lista medicului de familie**

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
<b>0 - 3 ani - total din care:</b>				
- copii încredințați sau dați în plasament				
<b>4 - 59 ani - total din care:</b>				
- copii încredințați sau dați în plasament				
- pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)				

- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
<b>60 ani și peste - total din care:</b>				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
<b>TOTAL</b>				

La grupa de vârstă 4 - 59: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate + nr. persoanelor din centrele de îngrijire și asistență

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

**A. Intrări/Ieșiri în/din listă**

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data Ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1.							
2.							

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

Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

**Notă:**

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

\*) Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

1. Formularele din anexa 1-c se întocmesc în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

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

Formularul de la pct. I, lit. A din anexa 1-c va fi raportat lunar pe suport hârtie și în format electronic, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate .....

Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie .....

(nume prenume)

CNP medic de familie .....

**DESFĂȘURĂTORUL**  
**PUNCTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE**  
**LUNA ..... ANUL .....**

**1. Numărul de puncte "per capita"**

Grupa de vârstă	Nr. puncte*)/ pers./an	Nr. persoane asigurate existente**) în ultima zi a lunii precedente	Nr. puncte realizat (col. 2 x col. 3)
1.	2.	3.	4.
<b>0 - 3 ani</b>			
<b>4 - 59 ani</b>			
<b>60 ani și peste</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		

\*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente; În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

**Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:**

**I.)** În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie este mai mic sau egal 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

**II.)** În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați înscrși de pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

În situația în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{(\text{număr de asigurați înscrși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,30$$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{(\text{număr asigurați înscrși} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

d) În situația în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ teritorială/zonă cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014 aprobat prin H.G. nr. 117/2013, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{(\text{număr asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

**III.)** Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială (oraș, comună) /zonă urbană în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013:

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

**IV.)** Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială (oraș, comună) /zonă urbană în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013:

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

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

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)

B - Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6)

Număr puncte"per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. V din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie (col. 1 = col. 2 + col. 3)	Din care:		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului  (col. 1x procent de majorare sau col.2 x procent de majorare)	Condiții în care se desfășoară activitatea pct.de lucru  (col.3 x procent de majorare)	A	B
	Număr de puncte "per capita" pentru cabinet (col. 1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/ Nr. total ore din lună)	Număr de puncte"per capita" pentru pct. lucru (col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună)				
1.	2.	3.	4	5.	6.	7.

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

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

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	2		4=2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Servicii medicale profilactice /de prevenție:	X	X	X
1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
2. Consultații pentru servicii medicale de prevenție:	X	X	X
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			



b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;			
<b>3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei:</b>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
<b>4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*<sup>3)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).</b>			
<b>5.a Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială*<sup>4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială</b>			
<b>5.b Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială*<sup>4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la pericolele fără risc</b>			
<b>C. Servicii medicale curative:</b>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultație în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultație în caz de boală pentru afecțiuni cronice programabile <sup>9 *5)</sup>			
<b>D. Consultații la domiciliul asiguraților</b>			
<b>E. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății. *<sup>6)</sup></b>			
<b>TOTAL PACHET BAZA</b>	<b>X</b>		

**Precizări:**

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*2) conform cap. III, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*3) se raportează conform cap. III, lit. B, pct. 4 NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1.186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

\*4) conform cap. III, lit. B, pct. 5 NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*5) conform cap. III, lit. C, NOTA 7 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*6) conform cap. III, lit. F, NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

**Notă: 1.** Desfășurătorul de la punctul 4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de asigurare/cod de identificare, serviciile medicale acordate; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie.

2. Desfășurătorul de la punctul 4 se completează distinct pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. III din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013 în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. În această situație desfășurătorul va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* <sup>1)</sup> pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* <sup>2)</sup>			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* <sup>3)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;			
D.1. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială * <sup>4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială			
D.2. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială * <sup>4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc			
<b>TOTAL PACHET MINIMAL</b>	<b>X</b>		

#### Precizări:

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*2) Conform cap. I, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*3) Se raportează conform cap. I, lit. B, NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru

aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare;

\*4) conform cap. I lit. E NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

**Note:** 1. Desfășurătorul de la punctul 5 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod de identificare, serviciile medicale acordate; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie;

2. Desfășurătorul de la punctul 5 se completează distinct pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. I, litera A și B din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013 în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. În această situație desfășurătorul va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

#### 6. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* <sup>1)</sup> pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* <sup>2)</sup>			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* <sup>3)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;			
D. Eliberare bilet de trimitere pentru asistența de specialitate pentru specialitățile clinice			
E.1. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială* <sup>4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială			

E.2. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială* <sup>4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc			
F. Servicii medicale curative:			
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
<b>TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV</b>	<b>X</b>		

**Precizări:**

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*2) Conform cap. II, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*3) Se raportează conform cap. II, lit. B, NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare;

\*4) conform cap. II, lit. E, NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013

**Notă:** Desfășurătorul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanelor beneficiare, serviciile medicale acordate; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie.

**7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Elveția:**

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* <sup>1)</sup> pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* <sup>2)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
C. Servicii medicale curative * <sup>3)</sup> :	X	X	X
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		

**Precizare:**

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*2) Se raportează conform cap. I, lit. B, NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1.186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa

A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagi de cotizare;

\*3) Se raportează maxim două consultații.

**Notă:** Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis cardul, codul de identificare al acestei instituții

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* <sup>1)</sup> pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* <sup>2)</sup>			
B. Servicii medicale profilactice /de prevenție:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
2. Consultații pentru servicii medicale de prevenție:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			

b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;			
<b>3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei</b>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
<b>4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic<sup>*3)</sup> (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).</b>			
<b>5.1. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială<sup>*4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială</b>			
<b>5.2 Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială<sup>*4)</sup> – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la peroanele fără risc</b>			
<b>C. Servicii medicale curative:</b>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultație în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultație în caz de boală pentru afecțiuni cronice programabile <sup>*5)</sup>			
<b>D. Consultații la domiciliul asiguraților</b>			
<b>E. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății. <sup>*6)</sup></b>			
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>		

#### **Precizări:**

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*2) Conform cap. III, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

\*3) Se raportează conform cap. III, lit. B, pct. 4 NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

\*4) conform cap. III, lit. B, pct. 5 NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*5) conform cap. III, lit. C, NOTA 7 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*6) conform cap. III, lit. F, NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Elveția, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/ document european,

serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/ Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/ documentul, codul de identificare al acestei instituții. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie.

**9. Total puncte pe serviciu acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază**= total col. 4 de la pct.4 + total col. 4 de la pct.4 (*completat pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății*) + total col.4 de la pct.8

**10. Total puncte pe serviciu acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale**= total col.4 de la pct. 5 + total col.4 de la pct. 5 (*completat pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății*) + total col.4 de la pct. 7

**11. Total puncte pe serviciu acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ**= total col.4 de la pct. 6

**12. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct.9 + total pct.10 + total pct.11**

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:** Desfășurătoarele din anexa 1-d) se întocmesc în câte 2 exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Casa de Asigurări de Sănătate  
.....**Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către  
Casa Națională de Asigurări de Sănătate****Situația punctajului în asistența medicală primară trimestrul ..... pentru stabilirea valorii  
definitive a punctului**

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

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

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

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

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

\*\*\*) Se va trece totalul general puncte pe serviciu de la punctul 12 din anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE  
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CONTRACTUALE  
.....Întocmit,  
.....**Notă:** Formularul din Anexa 1-e se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.



Casa de Asigurări de Sănătate

.....

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

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

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

\* Conform art. 31 alin.1) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013

\*\* Conform art. 31 alin.1), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

**Notă:**

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

Casa de asigurări de sănătate  
.....

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

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

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

\* Cheltuielile de personal reprezintă un venit echivalent cu media între salariul maxim și cel minim prevăzut în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014

\*\* Conform art. 31 alin.(1), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013

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

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CONTRACTUALE  
.....

Întocmit,  
.....

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurări de sănătate  
 .....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

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

\*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială (oraș, comuna)/ zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 3 luni au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 31 alin.(1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin H.G. nr. 117/2013.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:** Desfășurătorul din Anexa 1-h se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale..... Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP –uri beneficiare
1. Consultații pentru servicii medicale de prevenție - supravegherea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor		
2. Servicii de promovare a sănătății: educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.		
3. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice		
a) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013	**)	**)
b) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013, monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie	***)	***)
4. Activități de suport - eliberare de acte medicale:	x	x
a) certificate de concediu medical		
b) bilete de trimitere		
c) prescripții medicale		
d) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
e) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului		
f) documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate		
g) certificat constatator de deces		
5. Efectuare și interpretare EKG *****)		

\*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014.

\*\*) Pentru evidența specifică a acestor bolnavi se utilizează formularele de raportare din anexa 7-a și anexa 7-b la ordin.

\*\*) Pentru evidența specifică a acestor bolnavi se utilizează formularele de raportare din anexa 7-c și anexa 7-d la ordin.

\*\*\*\*) Pentru alte situații decât cele prevăzute la lit. F din cap. III din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 și numai pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:** Desfășurătorul din Anexa 1-i se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară .

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitatea .....

Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medicul de familie .....

(nume, prenume)

CNP medic de familie .....

**Borderou centralizator privind CNP-urile/codurile unice de asigurare, de la care s-a încasat contravaloarea serviciilor medicale\*)**

Luna ..... Anul .....

Nr. Crt.	Codul numeric personal/codul unic de asigurare	Numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical	Numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații	Numărul și seria biletului de trimitere	Numărul și seria prescripției medicale

**NOTĂ:**

Borderoul din anexa 1-j se întocmește lunar și se raportează de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în format electronic, la casa de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract/convenție pentru raportarea activității lunare.

-----

*\*) Serviciile medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, conform art. 2 lit. d) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Consiliului Național de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014.*

**Anexa 2-a**

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de specialitate/competență/  
 atestat.....  
 (nume prenume)  
 CNP medic de specialitate .....

**1.1 Desfășurător lunar al consultațiilor si serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de baza, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Specialitatea/competență/atestat de studii complementare*) .....	Număr consultatii/servicii pe zi					Total consultații/servicii	Nr. puncte**) pe tip de consultație / serviciu	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>					<b>C4</b>	<b>C5</b>	<b>C6 = C4 x C5</b>
<b>A.</b>	<b>Consultatii**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:</b>						<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
1	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută:							<b>x</b>	
2	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice:							<b>x</b>	
3	Consultație medicală de specialitate pentru situații de urgență:							<b>x</b>	

4	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic(caz confirmat):									<i>x</i>		
5	Consultațe furnizată la distanță prin sisteme de telemedicină rurală***):									<i>x</i>		
<b>B.</b>	<b>Servicii medicale** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:</b>									<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
6	Servicii diagnostice simple:									<i>x</i>		
7	Servicii diagnostice complexe:									<i>x</i>		
8	Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale:									<i>x</i>		
9	Servicii terapeutice/tratamente medicale:									<i>x</i>		
<b>C.</b>	<b>Servicii conexe actului medical** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:</b>									<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
10	Servicii conexe:									<i>x</i>		
<b>TOTAL GENERAL</b>										<i>x</i>		

\*) sunt cele prevăzute la Cap I, lit. C pct. C2 subpct. I și pct. C3 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013,

\*\*) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la Cap I, lit. C pct.C1 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013; Tipurile de servicii medicale și punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la Cap. I, lit. C pct. C2 subpct. II din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei



Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 Tipurile de servicii conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la Cap. I, lit. C pct. C5 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013, \*\*\*) sunt cele prevăzute la Cap I, lit. C pct.C1, pct. 2, din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

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

.....

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-a se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

**Anexa 2-a (continuare)**

Casa de asigurări de sănătate.....  
Furnizorul de servicii medicale.....  
Localitatea.....  
Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
.....  
Medic de specialitate/competență/  
atestat.....  
(nume prenume)  
CNP medic de specialitate .....

**1.2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./ COD UNIC DE ASIGURARE AL CONSULTATIILOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE  
ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ , ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE  
SPECIALITATE PENTRU LUNA.....**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice
- B - Nr. consultații medicale pentru situații de urgență
- C - Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic
- D - Nr. consultații furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală
- E - Nr. servicii diagnostice simple
- F - Nr. servicii diagnostice complexe
- G - Nr. servicii terapeutice/tratamente chirurgicale

Nr. crt.	CNP/Cod unic de asigurare	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*)									
			Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută / subacută	A	B	C	D	E	F	G	Nr. servicii terapeutice / tratamente medicale	Nr. servicii conexe
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
<b>TOTAL</b>												

\*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele prevăzute la cap. I, lit. C din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

Total col. C4 din tab.1.2 = col.C4 lit. A rândul 1 din tab. 1.1  
Total col. C5 din tab.1.2 = col. C4 lit. A rândul 2 din tab. 1.1  
Total col. C6 din tab.1.2 = col.C4 lit.A rândul 3 din tab. 1.1  
Total col. C7 din tab.1.2 = col.C4 lit. A rândul 4 din tab. 1.1  
Total col. C8 din tab.1.2 = col. C4 lit. A rândul 5 din tab. 1.1  
Total col. C9 din tab.1.2 = col.C4 lit. B rândul 6 din tab. 1.1  
Total col. C10 din tab.1.2 = col. C4 lit. B rândul 7 din tab. 1.1  
Total col. C11 din tab.1.2 = col. C4 lit. B rândul 8 din tab. 1.1  
Total col. C12 din tab.1.2 = col. C4 lit. B rândul 9 din tab. 1.1  
Total col. C13 din tab.1.2 = col. C4 lit. C rândul 10 din tab. 1.1

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

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-a se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

**Anexa 2-b**

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de specialitate .....  
 (nume prenume)  
 CNP medic de specialitate .....

**1.1. Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Specialitatea*) .....	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**) pe consultație	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>					<b>C4</b>	<b>C5</b>	<b>C6 = C4 x C5</b>
	<b>Consultații în cadrul pachetului minimal:</b>						<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
1.	- consultatie medicala de urgenta								
2.	- consultatie medicala-pentru depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic (caz confirmat)								
3.	Consultație furnizată la distanță prin sisteme de telemedicină rurală***)								
<b>TOTAL GENERAL</b>							<b>x</b>		

\*) Specialitațiile sunt cele cf. Cap I, lit. C pct. C2 subpct. I din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.423/191/2013,

\*\*) Conform tabelului de la Cap I, lit.C pct.C1 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013,

\*\*\*) sunt cele prevăzute la Cap I, lit. C pct.C1, pct. 2, din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

**1.2 DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./COD DE IDENTIFICARE AL CONSULTATIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA.....**

Nr. crt.	CNP/cod de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)		
			Consultații medicale de urgență	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo - epidemic	Consultații furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală
C1	C2	C3	C4	C5	C6
<b>TOTAL</b>					

\*) Consultațiile sunt cele cf. cap I, lit. A din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

Total col. C4 din tab.1.2 = col.C4 randul 1 din tab. 1.1

Total col. C5 din tab.1.2 = col. C4 randul 2 din tab. 1.1

Total col. C6 din tab.1.2 = col. C4 randul 3 din tab. 1.1

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

.....

**Nota:** Desfășurătoarele din Anexa 2-b se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

**Anexa 2- c**

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de specialitate/competență/ atestat  
 .....  
 (nume prenume)  
 CNP medic de specialitate .....

**1.1 Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, în ambulatoriul de specialitate clinic**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Specialitatea/competență/atestat de studii complementare* .....	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**) pe consultație	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>					<b>C4</b>	<b>C5</b>	<b>C6 = C4 x C5</b>
	<b>Consultații în cadrul pachetului facultativ:</b>						<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
1.	- consultație medicală de urgență								
2.	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)								
3.	- consultație medicală pentru afecțiuni acute/subacute								
4.	- consultație furnizată la distanță prin sisteme de telemedicină rurală***)								
<b>TOTAL GENERAL</b>							<b>x</b>		

\*sunt cele prevăzute la Cap I, lit. C pct. C2 subpct. I și pct. C3 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013,

\*\* Conform tabelului de la Cap I, lit. C pct. C1 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013,

\*\*\*) sunt cele prevăzute la Cap I, lit. C pct. C1, pct. 2, din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

**1.2 DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./COD DE IDENTIFICARE AL CONSULTATIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA.....**

Nr. crt	CNP/cod de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ*)			
			Consultații medicale de urgenta	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic	Consultații medicale pentru afecțiuni acute/subacute	Consultații furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
<b>TOTAL</b>						

\*) Consultațiile sunt cele cf. cap I, lit. A din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

Total col. C4 din tab.1.2 = col.C4 randul 1 din tab. 1.1

Total col. C5 din tab.1.2 = col. C4 randul 2 din tab. 1.1

Total col. C6 din tab.1.2 = col. C4 randul 3 din tab. 1.1

Total col. C7 din tab.1.2 = col. C4 randul 4 din tab. 1.1

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

.....

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-c se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

**Anexa 2-d**

Casa de asigurări de sănătate

.....  
Furnizor de servicii medicale.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

**Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) lit. a) și b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*)			Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea (**)	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional (***)	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care :	Puncte aferente consultațiilor și serviciilor medicale clinice	Puncte aferente serviciilor conexe			
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6 = C1 + C4 + C5</i>

\*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-b) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-c)

\*\*) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C4= col. C2 x % de majorare

\*\*\*) col. C5 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie, homeopatie și planificare familială, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor conexe actului medical.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

**Notă:** Desfășurătorul din Anexa 2-d se întocmește lunar în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale



Casa de Asigurări de Sănătate  
.....

**Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru stabilirea  
valorii definitive a punctului pe serviciu**

**Situația punctajului în asistența medicală ambulatorie de specialitate - trimestrul.....**

Luna	Total puncte* <sup>1)</sup> pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate
<i>I.</i>	<i>2.</i>
I.	
II.	
III.	
<b>TOTAL</b>	
Nr. Puncte* <sup>1)</sup> raportate în plus sau în minus într-un trimestru anterior *)	

\*<sup>1)</sup> Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0;  
Conform art. 4 alin. (5) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, în tabel nu sunt incluse punctele aferente serviciilor medicale clinice realizate în trimestrul pentru care se face raportarea și pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE

.....

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

**Notă:** Formularul din Anexa 2-e se întocmește în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.  
Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**1.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂȚI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/SERVICIU MEDICAL**

LUNA .....

Denumire serviciu medical conform cap. I lit. B pct. 2 din anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013	Nr. servicii medicale		Tarif negociat*)/ serviciu	Total sumă contractată*)	Total sumă realizată **)
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	$C4=C1 \times C3$	$C5=C2 \times C3$
<b>TOTAL</b>			X		

\*) În limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate, prezentat în cap. I lit. B pct. 2 din anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) se decontează în limita sumei contractate

**1.2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. / COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂȚI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/SERVICIU MEDICAL**

LUNA .....

Denumire serviciu medical conform cap. I lit. B pct. 2 din anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013	Nr. /dată Fișă de spitalizare de zi sau Registru de consultație	CNP / Cod unic de asigurare/ asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicești
C0	C1	C2	C3
<b>TOTAL</b>	X	X	

Total col. C3 = total col. C2 din tabel 1.1

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

.....

**Note:**

1. Desfășurătoarele din anexa 2-f se întocmesc în câte două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-f se completează de către unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății și care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi.

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**2.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂȚI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/CAZ REZOLVAT**

LUNA .....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Nr. servicii medicale - cazuri		Tarif*)/ caz rezolvat	Total sumă contractată*)	Total sumă realizată **)
	Contractat	Realizat			
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4=C1xC3</i>	<i>C5=C2xC3</i>
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Tariful/caz rezolvat pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 3 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) se decontează în limita sumei contractate

**2.2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./ COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂȚI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/ CAZ REZOLVAT**

LUNA .....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Nr. /dată Fișă de spitalizare de zi sau Registru de consultație	CNP /Cod unic de asigurare/ asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicești
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
<b>TOTAL</b>	X	X	

Total col. C3 = total col. C2 din tabel 2.1

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

.....

**Note:**

1. Desfășurătoarele din anexa 2-f se întocmesc în câte două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-f se completează de către unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății și care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi.

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

**1. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. Crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat /investigație paraclinică**)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

\*) Se completează conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

\*\* ) conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

**2. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. Crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat /investigație paraclinică**)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

\*) Se completează conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

\*\* ) se completează conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

**3. Desfășurătorul pe CNP/Cod unic de asigurare al asiguraților care au beneficiat de investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. Crt.	CNP/ Cod unic de asigurare /CE/PASS*)	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Numărul investigațiilor paraclinice
C1	C2	C3	C4
<b>Subtotalul</b> investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/ <b>Cod unic de asigurare /CE/PASS</b>			
TOTAL			X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal al asiguratului, numărul de identificare al cardului european de asigurări de sănătate - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, numărul pașaportului pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*\*) Se completează conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013;  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

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

Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tab. 1) + (tot. col. C3 din tab. 2)

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

.....



Casa de asigurări de sănătate .....  
Furnizorul de servicii medicale .....  
Localitatea .....  
Județul .....

**4. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriu de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt. *)	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Cod unic de asigurare/ CE/PASS**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate***)/ (codul)	Tarif/ investigație paraclinică ****)	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
				...	...	
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

\*) Pe borderou, fiecare bilet de trimitere poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care-l poartă biletul de trimitere

\*\*) se completează după caz, codul numeric personal al asiguratului, codul unic de asigurare, numărul de identificare al cardului european de asigurări de sănătate - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, numărul pașaportului pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*\*) Se completează conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*) se completează conform cap. II din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

.....

**Notă:**

1. Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc în câte două exemplare, dintre care câte unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-g se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice inclusiv recuperare– reabilitare a sănătății /furnizorii de servicii de medicină dentară care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești/contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, pentru ecografii, monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentară retroalveolară și panoramică (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu).

3. Tabelul 1 și 3 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenție de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....

Reprezentant legal.....  
 Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină dentară/dentist.....  
 (nume prenume) (nume prenume)

Județul .....

Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA 0 - 18 ANI**

LUNA..... ANUL.....

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat*/Cod unic de asigurare	Cod** serviciu	Cod formulă dentară***	Total servicii / luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total sumă realizată****(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ

\*\*\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, conform Cap. III pct. 3 lit. b) din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-h se completează în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 dentară/dentist.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

Reprezentant legal.....  
 Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină  
 (nume prenume) (nume prenume)  
 Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR DE  
 MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE  
 DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI**

LUNA.....

ANUL.....

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registrul consultații	CNP asigurat*/Cod unic de asigurare	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	% decontat de CAS	Total sumă realizată***(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	

\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-i se completează în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

Reprezentant legal.....  
 Medic de medicină dentară/dentist.....  
 (nume prenume)  
 Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist.....

Medic de medicină dentară/dentist.....  
 (nume prenume)  
 Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA ASIGURAȚILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE**

LUNA.....

ANUL.....

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat*/Cod unic de asigurare	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	%*** decontat de CAS	Total sumă realizată****(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	$C9 = C6 \times C7 \times C8$
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	

\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*) % este conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013 coroborată cu precizările de la Cap. III, pct. 1 NOTA 7 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-j se completează în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

Reprezentant legal.....  
 Medic de medicină dentară/dentist.....  
 (nume prenume).....  
 Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist.....

Medic de medicină dentară/dentist.....  
 (nume prenume).....  
 Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN CADRUL  
 PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU  
 PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ  
 DENTARĂ**

LUNA..... ANUL.....

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP*/Cod unic de asigurare	Cod** serviciu	Cod formulă dentară***	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total sumă realizată****(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>			<b>X</b>	

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ

\*\*\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 NOTA 2 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, conform Cap. III pct. 3 lit. a) din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin. 2 din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-k se completează în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 CNP medic de specialitate.....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de specialitate.....

**1.1. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare – reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea reabilitare medicală, în cabinete medicale**

Luna.....Anul.....

Nr. crt.	CNP/Cod unic de asigurare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr consultații medicale de specialitate	Tariful* pe serviciu medical - consultație	Tarif** pe serviciu medical - consultație majorat cu 20%	Sumă*** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C5*1,2	C7=C4xC5 sau C7=C4xC6
<b>TOTAL GENERAL</b>		X		X	X	

\*) Tariful/consultație în specialitatea reabilitare medicală este prevăzut la Cap IV, pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 423/191/2013; Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la art. 14 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) în conformitate cu prevederile art. 14 alin.(2) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru prestația medicului primar tariful consultației contractat se majorează cu 20%

\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin. (9) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

**1.2.Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de recuperare – reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament (cure de recuperare-reabilitare finalizate)**

Luna.....Anul.....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

**A - Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate**

**B - Motivul întreruperii curei\*\*\*)**

Nr. crt.	CNP/Cod unic de asigurare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr servicii medicale - cazuri finalizate (cure de tratament)	Număr zile recomandate	A	Tarif* pe serviciu medical - caz	Sumă** (lei)	B
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	$C8=C4 \times C7$	C9
<b>TOTAL GENERAL</b>						X		x
<b>Număr mediu al zilelor de tratament realizate ( Total General col. C6/Total General col. C4)</b>								

\*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în cabinetele/bazele de tratament este prevăzut la Cap IV, pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 423/191/2013; Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la art. 14 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz contractat;

Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mic de 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz rezultat conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună / 10 ( număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare – reabilitare a sănătății și raportate în luna respectivă.



\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin.(9) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*\*) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform art. 14 alin.(10) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 se întocmesc în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale

**Anexa 2-I (continuare)**

Casa de asigurări de sănătate  
 .....  
 Furnizorul de servicii medicale  
 .....  
 Localitatea .....  
 Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de specialitate  
 .....  
 CNP medic de specialitate  
 .....

**1.3 DESFĂȘURĂTORUL PROCEDURILOR, INCLUSE DUPĂ CAZ,  
 ÎN CURELE DE TRATAMENT DECONTATE DE CASA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 LUNA .....ANUL.....**

Nr. crt.	CNP / Cod unic de asigurare asigurat	Denumire procedură *)	Număr proceduri, pe zi					Total proceduri realizate**)
			1	2	3	...	31	
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>					<i>C4</i>
1								
SUBTOTAL CNP/Cod unic de asigurare 1								
2								
SUBTOTAL CNP/Cod unic de asigurare 2								
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 1 + Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 2 + ...)								

\*) conform Cap. IV pct. 2 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*) conform Cap. IV pct. 2 Nota din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 423/191/2013 și art. 14 alin.(3) lit. b) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din anexa 2-1 se întocmesc în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale

Casa de asigurări de sănătate  
 .....  
 Furnizorul de servicii medicale  
 .....

Localitatea .....  
 Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic cu competență/atestat de studii  
 complementare .....

CNP medic de specialitate  
 .....

**1.1. Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic și decontate din fondul alocat asistenței medicale de recuperare-reabilitare**

Luna.....Anul.....

Nr. crt.	CNP / Cod unic de asigurare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr consultații de acupunctură	Tarif*) pe consultație contractat	Sumă**) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
<b>TOTAL GENERAL</b>		X		X	

\*) tariful/consultație pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la Cap I, lit. C, pct. C4 din Anexa 7 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013;

**1.2.Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure finalizate) și decontate din fondul alocat asistenței medicale de recuperare-reabilitare**

Luna.....Anul.....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate

B - Motivul întreruperii curei\*\*\*)

Nr. crt.	CNP / Cod unic de asigurare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr servicii de acupunctură - cazuri finalizate (cure de tratament)	Număr zile recomandate	A	Tarif* pe serviciu medical-caz, contractat	Sumă** (lei)	B
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	$C8=C4 \times C7$	C9
<b>TOTAL GENERAL</b>						x		x
<b>Număr mediu al zilelor de tratament realizate ( Total General col. C6/Total General col. C4)</b>							-	

\*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la Cap I, lit. C, pct. C4 din Anexa 7 la Ordinul nr. 423/191/2013; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea cazurilor finalizate se realizează la tariful pe serviciu medical - caz contractat; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mic de 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz rezultat conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10( număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*\*\*\*) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform art. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 423/191/2013;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:** Desfășurătoarele din Anexa 2-m se întocmesc în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Casa de Asigurări de Sănătate

.....  
Furnizorul de servicii medicale

.....  
Localitatea .....

Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
Medicul de specialitate\*)

.....  
(nume, prenume)

CNP medic de specialitate .....

**Borderou centralizator privind CNP-urile/codurile unice de asigurare de la care s-a încasat contravaloarea serviciilor medicale\*\*)**

Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Codul numeric personal/codul unic de asigurare	Numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical	Numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații	Numărul și seria biletului de trimitere	Numărul și seria prescripției medicale

**NOTĂ:**

Borderoul din anexa 2-n se întocmește lunar și se raportează de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în format electronic, la casa de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare.

\*) Medicii din specialitățile clinice, specialitatea clinică reabilitare medicală.

\*\*) Serviciile medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, conform art. 16 alin. (2) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE  
 BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE**

**AL SPITALULUI .....**

**LUNA ..... ANUL.....**

Secția	Nr. cazuri externat raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externat raportate și validate de SNSPMPDSB				Nr. cazuri externat raportate și nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
		Nr. cazuri externat fără cazuri reinternat, transferate și fără cazuri de spitalizare de 24 de ore	Nr. cazuri externat, fără cazuri de spitalizare de 24 de ore, reinternat și transferate*	Nr. cazuri externat de spitalizare de 24 de ore fără cazuri reinternat, transferate**)	Nr. cazuri externat de spitalizare de 24 de ore reinternat și transferate**)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
							x
							x
							x
<b>TOTAL SPITAL</b>							

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate

\*) conform art. 71 alin.(3) și (4) din HG nr. 117/2013;

\*\*\*) conform Capitolului I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

Secția	Nr. cazuri externe și raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:						ICM realizat *****)	Coeficientul cazurilor extreme - K*****)
		Nr. cazuri externate, fără cazuri reinternate, transferate și fără cazuri de spitalizare de 24 de ore	Nr. cazuri externate, fără cazuri de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză*)	Nr. cazuri externate, fără cazuri de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri externate de spitalizare de 24 de ore, fără cazuri reinternate și transferate***)	Nr. cazuri externate de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externate de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză***)		
<b>TOTAL SPITAL</b>								x	x

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate și se utilizează pentru regularizarea trimestrială a spitalului conform art. 9 alin. (1) lit. a) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;

Formularele se întocmesc distinct pentru fiecare trimestru;

\*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;



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

\*\*\* ) conform Capitolului I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*\*\*\* ) Coeficientul cazurilor extreme -  $K^{****}$  se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru fiecare trimestru în parte cu excepția cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din Anexa nr. 16 Ordinul nr. 423/191/2013; Coeficientul K este corespunzător trimestrului în care s-a externat cazul;

\*\*\*\*\*) ICM realizat este calculat pe baza cazurilor externate și validate, în perioada pentru care se face regularizarea;

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

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

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG (se completează doar pentru cazurile validate)	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului (pentru cazurile validate)	Tipul de caz externat **)	Coeficientul cazurilor extreme - K ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
<b>TOTAL</b>	<b>***)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>			<b>x</b>

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic; În coloanele C1÷C4 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 martie 2013, ora 10:50 se va completa 10.03.13.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul **invalidat**;
- „1” pentru cazul externat **validat**;
- „2” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;
- „3” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- „4” pentru cazul externat **validat** de spitalizare de 24 de ore, prevăzut la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013;
- „5” pentru cazul externat **validat** de spitalizare de 24 de ore, prevăzut la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;
- „6” pentru cazul externat **validat** de spitalizare de 24 de ore, prevăzut la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013, care nu a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;
- „7” pentru cazul externat **validat**, transferat de la o unitate sanitară privată cu paturi, la o unitate sanitară publică cu paturi, conform art. 9 alin. (5) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;

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

\*\*\*\*\*) Coeficientul cazurilor extreme - K\*\*\*\*\*

- se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru fiecare trimestru în parte cu excepția cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din Anexa nr. 16 Ordinul nr. 423/191/2013;
- K este corespunzător trimestrului în care s-a externat cazul
- Nu se aplică pentru cazurile externate **validate** de spitalizare de 24 de ore, prevăzute la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

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

<sup>1</sup> Conform Anexei 17 B la Ordinul nr. 423/191/2013

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate

\*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 17 B II la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013.

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

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

Nr. cazuri externate în perioada.....	ICM contractat <sup>1</sup>	Tarif pe caz ponderat <sup>2</sup>	Suma de plată*
C1	C2	C3	C4= C1 x C2 x C3

<sup>1</sup> Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013

<sup>2</sup> Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013

\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul de la pct. 1.1 din Anexa 3-b se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

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

Nr. cazuri externate, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară <sup>1</sup>	Nr. cazuri externate raportate și validate în luna anterioară <sup>1</sup> (reinternate și transferate)	Nr. cazuri externate raportate și validate în luna anterioară <sup>1</sup> (de spitalizare de 24 de ore)	Nr. cazuri externate raportate și validate în luna anterioară <sup>1</sup> (de spitalizare de 24 de ore reinternate și transferate)	ICM contractat <sup>2</sup>	Tarif pe caz ponderat <sup>3</sup>	Suma realizată*	Suma rămasă de plată pentru luna curentă <sup>4</sup>
	1.1 - C7	1.1 - C4	1.1 - C5	1.1 -C6				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9

<sup>1</sup> Conform raportului 1.1 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

<sup>2</sup> Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/20113

<sup>3</sup> Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013; decontarea cazurilor prevăzute la art. 71 alin. (3), respectiv la alin. (4) din HG nr. 117/2013, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin. (3), respectiv la alin. (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013; decontarea cazurilor prevăzute la Capitolului I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013 se realizează în procent de 75% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin. (3), respectiv la alin. (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013 pentru care decontarea se realizează în procent de 50% din 75% din tariful pe caz rezolvat;

<sup>4</sup> Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C8 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C4 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea  
 \*)  $C8 = (C1-C2) \times C6 \times C7 - (C3 \times C6 \times C7 \times 50\%) - (C4 \times C6 \times C7 \times 75\%) - (C5 \times C6 \times C7 \times 50\% \times 75\%)$ ; Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ordinul. nr. 423/191/2013;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-b se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

### 1.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PE TRIMESTRUL / TRIMESTRELE .....ANUL.....

Data externării * ( se raportează în ordine cronologică) -zz..ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG (se completează doar pentru cazurile validate)	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului (pentru cazurile validate)	Tipul de caz externat **)	Coefficientul cazurilor extreme - K ****)	Tarif pe caz ponderat <sup>1</sup>	Suma realizată*****)	Suma contractată
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x	x			

Precizare: Numărul de cazuri nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin.(1) lit. a) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;

<sup>1</sup> Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013;

În coloanele C1÷C8 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe și raportate la SNSPMPDSB

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 martie 2013, ora 10:50 se va completa 10.03.13.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul **invalidat**;

- „1” pentru cazul externat **validat**;

- „2” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;

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

- „4” pentru cazul externat **validat** de spitalizare de 24 de ore, prevăzut la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013;

- „5” pentru cazul externat **validat** de spitalizare de 24 de ore, prevăzut la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;
- „6” pentru cazul externat **validat** de spitalizare de 24 de ore, prevăzut la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013, care nu a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;
- „7” pentru cazul externat **validat**, transferat de la o unitate sanitară privată cu paturi, la o unitate sanitară publică cu paturi, conform art. 9 alin. (5) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe raportate la SNSPMPDSB

\*\*\*\*) Coeficientul cazurilor extreme - K\*\*\*\*

- se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, pe baza cazurilor externe raportate și validate pentru fiecare trimestru în parte cu excepția cazurilor care se încadrează la Cap. I lit. A pct. 1 din Anexa nr. 16 Ordinul nr. 423/191/2013;
- K este corespunzător trimestrului în care s-a externat cazul
- Nu se aplică pentru cazurile externe **validate** de spitalizare de 24 de ore, prevăzute la Capitolul I lit. A din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013

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

cu cifra „1” conform formulei :  $C10=C6xC8xC9$ ;

cu cifra „2” conform formulei :  $C10=C6xC8xC9$ ;

cu cifra „3” conform formulei:  $C10=C6xC8xC9x50\%$ ;

cu cifra „4” conform formulei:  $C10=C6xC9x75\%$ ;

cu cifra „5” conform formulei:  $C10=C6xC9x75\%$ ;

cu cifra „6” conform formulei:  $C10=C6xC9x75\%x50\%$ ;

cu cifra „7” conform formulei:  $C10=C6xC8xC9x50\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 și alin. (6) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 423/191/2013; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

\*\*\*\*\*)Rândul Total C6 = ICM decontat, se calculează ca medie aritmetică a valorilor relative pentru cazurile a căror contravaloare se încadrează în valoarea de contract.

**Notă:** Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b se întocmește trimestrial și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești



Anexa 3-b (continuare)

Județul .....  
 Localitatea .....  
 Furnizor de servicii medicale .....

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

Secția	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB, în limita sumei contractate <sup>1</sup>						ICM decontat <sup>4</sup>	Coeficientul cazurilor extreme – K <sup>2</sup>	Tarif pe caz ponderat <sup>3</sup>	Suma realizată <sup>5</sup>	Suma contractată
	Nr. cazuri externate, fără cazuri reinternate, transferate și fără cazuri de spitalizare de 24 de ore	Nr. cazuri externate, fără cazuri de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, fără cazuri de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate de spitalizare de 24 de ore, fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate de spitalizare de 24 de ore, fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate de spitalizare de 24 de ore, reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză					
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
TOTAL SPITAL							x	x	x		

Formularele se întocmesc distinct pentru fiecare trimestru;

<sup>1</sup> Total col. C2+total col. C3+total col. C4+ total col. C5+ total col. C6 + total col. C7= total col. C2 din desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare)

<sup>2</sup> Conform formularului 1.3 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

<sup>3</sup> Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013;

<sup>4</sup> ICM decontat = Rândul Total col. C6 din desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare)

<sup>5</sup> Suma realizată se calculează conform formulei  $C10 = [(C2+C3) \times C8 \times C9 \times C10 + C4 \times C8 \times C9 \times C10 \times 50\% + (C5+C6) \times C8 \times C10 \times 75\% + C7 \times C8 \times C10 \times 50\% \times 75\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 și alin. (6) din Anexa nr.17 la Ordinul. nr. 423/191/2013; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

- Notă:** 1. Desfășurătorul 1.3.1 din Anexa 3-b se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se transmite electronic și pe suport de hârtie la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești
2. Desfășurătorul 1.3.1 din Anexa 3-b se întocmește după validarea de către CAS a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri externate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

LUNA ..... ANUL.....

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate	
TOTAL SPITAL				

\*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

**TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ..... ANUL.....**

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB			Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză	
<b>TOTAL SPITAL</b>					

\*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale  
 Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE PRECUM SI PENTRU SECȚIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURE DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secție/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare <sup>1</sup>	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat <sup>2</sup>	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC4xC5 sau C6=C3 x C5
<b>TOTAL SPITAL</b>					

\*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

\*\*) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie –prematuri mici și foarte mici, TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.C6 = col. C3 x col. C5

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 423/191/2013

<sup>1</sup> Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata efectiv realizata

<sup>2</sup> Conform Anexei 17 C la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontează la tariful contractat pentru anul 2013, diminuat cu 20%

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE PRECUM SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURE DIN ALTE SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioara <sup>1</sup>	Nr. cazuri externate raportate si validate in luna anterioara <sup>1</sup> (reinternate și transferate)	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare <sup>2</sup>	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/comparti ment, contractat <sup>3</sup>	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă <sup>4</sup>
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	$C8 = (C2 - C3) \times C6 \times C7 - C4 \times C6 \times 50\%$ sau $C5 \times C7$	C9
TOTAL SPITAL								

\*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

\*\*) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie –prematuri mici și foarte mici, TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal si internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.C8 = col. C5 x col. C7

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ordinul. nr. 423/191/2013

1 Conform formularului din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin

2 Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu

internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata efectiv realizată

<sup>3</sup> Conform Anexei 17 C la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontază la tariful contractat pentru anul 2013, diminuat cu 20%

<sup>4</sup> Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C8 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C6 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.3 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, DACĂ ACESTEA NU POT FI EFECTUATE ÎN CONDIȚIILE ASISTENȚEI MEDICALE LA DOMICILIU, PENTRU LUNA/TRIM.....ANUL.....**

Secția/compartiment*	Nr. zile de spitalizare contractat	Nr. zile de spitalizare realizat	Tarif/zi de spitalizare contractat	Suma contractată	Sumă realizată**
C0	C1	C2	C3	$C4=C1 \times C3$	$C5=C2 \times C3$
TOTAL SPITAL					

\*) Compartimente de îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b), ultima teză din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-d se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești



Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.4 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE  
PRECUM SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE,  
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

Secția/compartiment* t*	Nr. cazuri externate, raportate și validate <sup>1</sup>	Nr. cazuri externate, raportate și validate <sup>1</sup> reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate și validate <sup>1</sup> reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare <sup>2</sup>	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compart., contractat <sup>3</sup>	Suma realizată***	Sumă contractată
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8= (C2+C3)xC6xC7 – C4xC6xC7 sau C5xC7	C9
TOTAL SPITAL					x	x		

\*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS ) din alte spitale

\*\*) Se va completa trimestrial pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată, cazuri în care suma realizată col. C8 = col. C4 x col. C6

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) și alin.(6) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 423/191/2013; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

<sup>1</sup> Conform formularului 1.2 din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin

<sup>2</sup> Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent

<sup>3</sup> Conform Anexei 17 C la Ordinul nr. 423/191/2013, pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontează la tariful contractat pentru anul 2013, diminuat cu 20%

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.4 din Anexa 3-d se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate**	
TOTAL SPITAL				

\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății din spitale de cronici și de recuperare

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate

\*\*\*) conform art. 71 alin.(3) și (4) din H.G. nr. 117/2013;

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

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

Data externării* ( se raportează în ordine cronologică) – zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul**	Cazuri externate raportate, validate și invalidate de SNSPMPDSB (fără cazuri reinternate și transferate)***	Cazuri externate raportate, validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***	Cazuri externate raportate, validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
<b>TOTAL</b>	****)	x	x	****)	****)	****)

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic; În coloanele C1÷C4 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 martie 2013, ora 10:50 se va completa 10.03.13.10:50)

\*\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale de cronici și de recuperare

\*\*\*) În situația în care un caz externat, raportat la SNSPMPDSB este **VALIDAT** se completează numai într-una dintre coloanele C5, C6 sau C7, după caz, una dintre următoarele cifre:

- „1” în col. C5 pentru cazurile externate fără cazurile reinternate și transferate;

- „2” în col. C6 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

- „3” în col. C7 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză ( reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate)

În situația în care un caz externat, raportat la SNSPMPDSB este **INVALIDAT** se completează cifra „0” doar în col. C5 .

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

Total col. C5 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1”; Total col. C6 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2”; Total col. C7 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „3”

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE  
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT  
 SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB:		
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate**)	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**)
C1	C2	C3	C4	C5
<b>TOTAL SPITAL</b>	<b>***)</b>	<b>***)</b>	<b>***)</b>	<b>***)</b>

1. Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, electronic și pe suport de hârtie

\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale de cronici și de recuperare

\*\*\*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externe reinternate sau transferate;

2. Formularul 1.2.1 constituie un raport centralizator întocmit pe baza datelor din formularul 1.2.

\*\*\*)) total col. C2 = total col. C2 din formularul 1.2 total col. C3 = total col. C5 din formularul 1.2; total col. C4 = total col. C6 din formularul 1.2; total col. C5 = total col. C7 din formularul 1.2;

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

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

\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din spitale de cronici, de recuperare

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-f se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU LUNA.....ANUL.....**

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externe realizate în luna curentă	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate în luna anterioară <sup>1</sup>	Nr. cazuri externe, raportate și validate în luna anterioară <sup>1</sup> (reinternate și transferate)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat**	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă <sup>2</sup>
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = (C2 - C3) \times C5 - C4 \times C5 \times 50\%$	C7
TOTAL SPITAL						

\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din spitale de cronici, de recuperare

\*\*) conform art. 5 alin.(1) lit. a), pct. a7) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013; decontarea cazurilor prevăzute la art. 71 alin. (3), respectiv la alin.(4) din H.G. nr. 117/2013, , se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin.(3), respectiv la alin.(4) din Anexa nr. 17 la Ordinul 423/191/2013;

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013

<sup>1</sup> Conform raportului 1.1 din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin

<sup>2</sup> Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C4 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.2 din anexa 3-f se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.3 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

Data externării* ( se raportează în ordine cronologică) – zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/ compartimentul* *	Cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB ( fără cazuri reinternate și transferate)***	Cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***	Cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată****
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
								x	
<b>TOTAL</b>							x		

Precizare: Numărul de cazuri nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin.(1) lit. a) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013;

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. ( ex. 10 martie 2013, ora 10:50 se va completa 10.03.13.10:50)

\*\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale de cronici și de recuperare

\*\*\*) Pentru un caz externat, raportat și validat de SNSPMPDSB se completează numai într-una dintre coloanele C5, C6 sau C7, după caz, una dintre următoarele cifre:

- „1” în col. C5 pentru cazurile externate fără cazurile reinternate și transferate;

- „2” în col. C6 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013



- „3” în col. C7 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză ( reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate)

Total col. C5 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1”; Total col. C6 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2”; Total col. C7 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „3”

\*\*\*\*) Corespunzător unui caz notat în col. C5 cu cifra „1”, suma realizată se calculează conform formulei :  $C10=1 \times C8$ ; Corespunzător unui caz notat în col. C6 cu cifra „2”, suma realizată se calculează conform formulei :  $C10= 1 \times C8$ ; Corespunzător cazului notat în col. C7 cu cifra „3”, suma realizată se calculează conform formulei:  $C10= 1 \times C8 \times 50\%$ ; Cifra „1” din formulele anterioare, reprezintă un caz externat, raportat și validat de SNSPMPDSB

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 și alin.. (6) din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**Notă:** Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f se întocmește trimestrial și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.3.1 DESFĂȘURĂTOR CENTRALIZAT, PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB corespunzătoare sumei contractate: <sup>1</sup>			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată**
	Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
					x	
<b>TOTAL SPITAL</b>				x		

<sup>1</sup> Total col. C2 ≤ total col. C5 din desfășurătorul 1.3; Total col. C3 ≤ total col. C6 din desfășurătorul 1.3; Total col. C4 ≤ total col. C7 din desfășurătorul 1.3

\*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din spitale de cronici, de recuperare

\*\*\*) Suma realizată se calculează conform formulei  $C7 = [(C2+C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 50\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 și alin. (6) din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** 1. Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se transmite electronic și pe suport de hârtie la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

2. Desfășurătorul 1.3.1 din Anexa 3-f se întocmește după validarea de către CAS a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**RAPORTARE LUNARĂ A NOU NĂSCUȚILOR PREMaturi DIN SECȚIILE  
NEONATOLOGIE PREMaturi, PENTRU LUNA.....ANUL.....**

CNP nou-născut premat/unic de asigurare	Greutatea la naștere ( grame)	Greutatea la externare ( grame)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Tabelul din Anexa 3-g se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești împreună cu factura și documentele justificative privind activitățile realizate

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.1 DESFĂȘURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013	Nr. servicii medicale		Tarif** /serviciu medical contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată*
	Contractat	Realizat			
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4=C1xC3</i>	<i>C5=C2xC3</i>
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 și lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 alin.(1) lit. g) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulativ pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1.2. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 423/191/2013	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat/cod unic de asigurare	CAS la care este luat în evidență asiguratul	Total servicii medicale spitalicești realizate
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

Total col. C4 din tab. 1.2 = total col. C2 din tab.1.1

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar ( corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulativ pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**2.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Nr. servicii medicale - cazuri		Tarif** /caz rezolvat contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată*
	Contractat	Realizat			
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4=C1xC3</i>	<i>C5=C2xC3</i>
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		

\*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 și lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 alin.(1) lit. g) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 2.1 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulativ pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**2.2. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND EVIDENȚA DUPĂ CNP/COD UNIC DE ASIGURARE A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ȘI FINANTATE PE BAZA DE TARIF PE CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP/cod unic de asigurare asigurat	CAS la care este luat în evidență asiguratul	Total servicii medicale spitalicești-cazuri realizate
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

Total col.C4 din tab.2.2 = total col. C2 din tab.2.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Desfășurătorul 2.2 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar ( corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulativ pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**1. Desfășurătorul sumelor acordate pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013\***

\*) Conform Actului adițional I la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

**Precizare:**

Desfășurătorul de la pct. 1 se adaptează conform modelelor desfășurătoarelor utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

**2. Desfășurătorul sumelor acordate pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice\***

\*) Conform Actului adițional II la Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

**Precizare :**

Desfășurătorul de la pct. 2 se adaptează conform modelelor desfășurătoarelor utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:** Desfășurătoarele din Anexa 3-i se întocmesc lunar și cumulativ pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești



Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

**FORMULAR DE EVALUARE RETROSPECTIVĂ A OPORTUNITĂȚII INTERNĂRII CAZURILOR DE URGENȚĂ  
PENTRU TRIMESTRUL.....**

<b>Criteria de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunității internării cazurilor de urgență*</b>			<b>Număr cazuri externate - spitalizare continuă, raportate și validate de SNSPMPDSB (cazuri acute care au fost internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență)**</b>
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
	Pierderea subită a cunoștinței	Include comă sau incapacitate de răspuns la stimuli, schimbare acută în starea de conștiență a pacientului. Include și pierderea conștienței ca urmare a traumelor. Exclue dezorientare sau confuzie.	
2	Puls anormal	O frecvență periferică sub 50/min sau mai mare de 140/min, înregistrată cu două ocazii separate la distanță de cel puțin 5 minute.	
3	Tensiune anormală	O presiune sistolică sub 90 sau peste 200 mmHg, și un o valoare diastolică de sub 60 sau peste 120 mmHg.	
4	Pierderea acută a vederii sau a auzului	Pierdere severă parțială sau totală și care s-a instalat rapid și a persistă în momentul internării.	
5	Pierderea acută a capacității de a mișca o parte importantă a corpului	Include răni cauzate de traume majore (fractură a oaselor membrului pelvin, paralizie a piciorului sau brațului; fractură a coloanei vertebrale în zona cervicală; disfagie acută cu risc de aspirație). Exclue rănilile izolate ale mâinilor sau picioarelor.	
6	Febră persistentă	Febră de cel puțin 5 zile (3 zile) cu temperatură de peste 38 °C.	
7	Sângerare abundentă	Include hemoragie continuă cu orice localizare, care nu se poate trata în Departamentul de urgență (UPU/CPU/Cameră de gardă). Include orice suspiciune de sângerare internă.	

8	Anomalie severă a electroliților serici sau a unui gaz din sânge	Măsurarea efectuată în momentul sosirii în UPU/CPU, după cum urmează: Sodiu <123 sau >156 mEq/L Potasiu <2.5 sau >6.0 mEq/L Bicarbonat <20 sau >36 mEq/L pH arterial pH <7.3 sau >7.45 Calcemie serică < 3 mmol/L sau > 6 mmol/L PaCO <sub>2</sub> >50 mmHg PaO <sub>2</sub> <50 mmHg	
9a	Anomaliile electrocardiografelei	Rezultatele EKG efectuată la prezentare, care sugerează ischemie miocardică acută recentă.	
9b	Suspiciune clinică și biologică de ischemie miocardică acută	Evaluarea simptomelor ischemiei miocardice acute, în absența modificărilor ECG sau a enzimelor miocardice	
10	Dehiscenta plăgilor	Include doar complicațiile postterapeutice sau deschiderea plăgilor sau leziuni care necesită închidere/sutură.	
11	Durere paralizantă	Durere severă cu suspiciune de urgență medicală, fără a putea fi diagnosticată sau tratată adecvat în departamentul de urgență.	
12	Necesitatea administrării medicației parenterale și/sau repleție volemică	Include administrarea medicației IV, IM, IT, și intra-arterial cel puțin la 8 ore. De asemenea, include ordinul pentru medicația IV cel puțin la 8 ore și stabilizarea prin insulină pentru pacienții tineri cu diabet sever. Exclude ordinul de a menține accesul venos continuu.	
13	Procedură semnificativă în primele 24 de ore de la internare	Semnificativ înseamnă că necesită anestezie regională sau generală și realizarea într-o unitate specializată (cum ar fi sala de operații). Include practic toate operațiile efectuate în urgență.	

\*) conform art. 4 alin. (7) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) Fiecărui caz externat - spitalizare continua, raportat și validat de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) (caz acut care a fost internat prin spitalizare continua ca și caz de urgență) îi corespunde un singur criteriu din cele nominalizate în col. C2 din tabel

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Notă:** Formularul din Anexa 3-j se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești împreună cu factura și documentele justificative privind activitățile realizate



Casa de asigurări de sănătate  
.....

Furnizorul de servicii medicale.....  
Localitatea.....  
Județul.....

**DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTAȚILOR DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE**

Luna.....ANUL.....

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de intervenție*	Tip consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat conform Cap. I din Anexa 21 la Ordinul nr. 423/191/2013	Număr solicitări	Număr km realizați		Nr. mile marine
				urban	rural	
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6</i>
1. Urgențe medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultații de urgență la domiciliu						
Subtotal 1						
2. Servicii de transport sanitar neasistat						
Subtotal 2						
<b>TOTAL</b>						

\*) Tipurile de mijloace specifice de intervenție sunt potrivit art. 7 din Anexa 22 la Ord. nr. 423/191/2013  
Timpul mediu de raspuns la solicitările cod verde =

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

**DEFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE EFECTUATE DE CĂTRE  
UNITĂȚI SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Tarif pe km minim negociat\*)

B - Contractați

C - Efectiv parcurși

Luna/Trimestrul .....

Tip autovehicul	Total Km echivalenți in mediul urban		Total Km realizați pentru mediul rural		A	Total sumă		Suma decontată**)
	B	C	B	Efectiv realizați		Contractată	Realizată**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = C6 \times (C2 + C4)$	$C8 = C6 \times (C3 + C5)$	$C9 = C7 \text{ sau } C8$
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor de transport sanitar neasistat					x			
Subtotal 2 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu					x			
<b>TOTAL (subtot.1+subtot. 2)</b>					x			

\*) Se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 alin.(2) pct. 2 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013 și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin.(2) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

**Notă:**

Defășurătorul din Anexa 4-b se întocmește de unitățile specializate autorizate și evaluate private, lunar și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

Casa de asigurări de sănătate  
.....

Furnizorul de servicii medicale.....  
Localitatea.....  
Județul.....

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APA EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI SPECIALIZATE AUTORIZATE  
ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim .....ANUL.....

Tip ambarcațiune	Total mile		Tarif pe milă minim negociat *)	Total sumă		Suma decontată**)
	Contractate	Efectiv parcurse		Contractată	Realizată**)	
C1	C2	C3	C4	C5 =C2 xC4	C6 = C3 x C4	C7= (C5 sau C6)
	x			x		
Subtotal 1 - mile aferente serviciilor de transport pe apă	x		x	x		
	x			x		
Subtotal 2 - mile aferente consultațiilor de urgență la domiciliu	x		x	x		
TOTAL( subtot.1+subtot. 2)			x			

\*) Se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 alin.(2) pct. 3 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013 și în limita tarifelor maxime prevazute la art. 8 alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 alin. (2) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentant legal

Notă:

Desfășurătorul din Anexa 4-c se întocmește de unitățile specializate autorizate și evaluate private, lunar pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

**Anexa 4-d**

Casa de asigurări de sănătate  
.....

Furnizorul de servicii medicale.....  
Localitatea.....  
Județul.....

**1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTATIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trimestrul .....ANUL.....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tarif pe solicitare minim negociat\*)
- B - Contractat
- C - Realizat

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție transport pe apă pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tip consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat conform Cap. I, pct. A din Anexa 21 la Ordinul nr. 423/191/2013	Nr. solicitări		A	Total suma		Suma decontată**)
			B	C		Contractata	Realizata	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
<b>Subtotal 1 - solicitari pentru consultatiile de urgenta la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanenta</b>					x			
<b>Subtotal 2 - solicitari pentru consultatiile acordate de medicii din unitatile specializate private</b>					x			
<b>TOTAL( subtot. 1+ subtot. 2)</b>					<b>X</b>			

\*) Se stabileste în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013și in limita tarifelor maxime prevazute la art. 8 alin.(1) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013

\*\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 alin. (2) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013;

**1.2. Evidenta după cod numeric personal/cod unic de asigurare a consultații de urgență la domiciliu efectuate de către unitățile specializate autorizate și evaluate private**

Luna/Trim .....ANUL.....

Nr. crt.	Tip consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat conform Cap. I, pct. A din Anexa 21 la Ordinul nr. 423/191/2013	CNP/cod unic de asigurare *)		
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigura facultativ
C1	C2	C3	C4	C5
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>			

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ; Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul /codul unic de asigurare din motive justificate se va completa cu 0000000

(Total col.C3 + total col.C4 + total col.C5) din tab. 1.2 = total col. C3 din tab. 1.1 sau dupa caz cu total col.C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentant legal

Notă:

1. Desfășurătoarele din Anexa 4-d se întocmesc de unitățile specializate autorizate și evaluate private, lunar și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat
2. Desfășurătorul se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultațiile de urgenta la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenție transport pe apă



Casa de asigurări de sănătate  
.....

Furnizor de servicii de îngrijiri  
medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu  
Localitatea.....  
Județul.....

**DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU,  
APROBATE DE CASA DE ASIGURARI DE SANATATE  
LUNA .....ANUL.....**

Nr. crt.	CNP / Cod unic de asigurare asigurat	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu *)	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi					Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	...	31		
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>					<i>C4</i>	<i>C5</i>
1									x
SUBTOTAL CNP/Cod unic de asigurare 1									
2									x
SUBTOTAL CNP/Cod unic de asigurare 2									
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 1 + Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 2 + ...)									

\*) conform Anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013

\*\*\*) conform art. 9 alin.(3) din Anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Note:**

1. Desfășurătorul din Anexa 5-a se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
2. Desfășurătorul din Anexa 5-a se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Casa de asigurări de sănătate  
.....

Furnizor de servicii de îngrijiri  
medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu  
Localitatea.....  
Județul.....

**DESFĂȘURĂTORUL ASIGURATILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI  
MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU  
LUNA .....ANUL.....**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
- B - Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
- C - Data sfârșitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
- D - Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/îngrijirile paliative la domiciliu\*)

Nr. crt.	CNP / Cod unic de asigurare asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	A	B	C	D	Tarif**)/ zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
1									
SUBTOTAL CNP/Cod unic de asigurare 1								x	
2									
SUBTOTAL CNP/Cod unic de asigurare 2								x	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 1 + Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 2 + ...)								x	

Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 1, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP/Cod unic de asigurare 1, col. C5 din Anexa 5-a

Subtotal CNP/Cod unic de asigurare 2, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP/Cod unic de asigurare 2, col. C5 din Anexa 5-a

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a

\*\*\*) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt prevăzut/prevăzute în decizia pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate și stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art.2 alin. (2), art. 5 alin.(2) și art. 9 alin.(3) - alin.(6) din Anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013;

\*\*\*) Conform art. 9 alin.(3) - alin.(6) din Anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**Note:**

1. Desfășurătorul din Anexa 5-b se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
2. Desfășurătorul din Anexa 5-b se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

### 1.1 Desfășurătorul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii balneare

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

**A - %\*) decontat de CAS**

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	A	Suma contractata**)	Total sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C4xC5xC6
Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)					65%		
					100%		
Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)					70%		
					100%		
	TOTAL			X	X		

\*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013

\*\*) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților, conform art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. nr. 423/191/2013

\*\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 423/191/2013; Col. C8 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013

### 1.2 Desfășurătorul C.N.P.- urilor / Codurilor unice de asigurare beneficiare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii balneare

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	C.N.P. / Cod unic de asigurare	Nr. zile spitalizare realizate	%*) decontat de CAS
C1	C2	C3	C4
	TOTAL		x

\*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:**

Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Casa de asigurări de sănătate.....  
 Furnizorul de servicii medicale.....  
 Localitatea.....  
 Județul .....

**1.1 Desfășurătorul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii, secții sanatoriale din spitale și în preventorii**

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	Suma contractata	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C3 \times C5$	$C7 = C4 \times C5$
	<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		

\*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013;

\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 și art.6 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013;

**1.2 Desfășurătorul C.N.P.-urilor/ Codurilor unice de asigurare beneficiare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii, secții sanatoriale din spitale și în preventorii**

LUNA/TRIM.....ANUL.....

Nr. crt.	C.N.P. / Cod unic de asigurare	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	<b>TOTAL</b>	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Notă:**

Desfășurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății



Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie/ Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu

.....

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE / MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU**

**A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:**

Nr crt	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. Afecțiunile oncologice</b>					
1.					
2					
...					
<b>2. Diabetul zaharat</b>					
1.					
2					
...					
<b>3. Starea posttransplant</b>					
1.					
2					
...					
<b>4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)</b>					
1.					
2					
...					
<b>5. Insuficiența renală cronică- dializă</b>					
1.					
2					
...					

**B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS**

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)</b>					
1.					
2					
...					
<b>2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C, D (G4)</b>					
1.					
2					
...					
<b>3. Ciroza hepatică (G7)</b>					
1.					
2					
...					
<b>4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)</b>					
1.					
2					
...					
<b>5. Epilepsie (G11)</b>					
1.					
2					
...					
<b>6. Boala Parkinson (G12)</b>					
1.					
2					
...					
<b>7. Scleroza multiplă (G14)</b>					
1.					
2					
...					
<b>8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)</b>					
1.					
2					
...					
<b>9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)</b>					
1.					
2					
...					
<b>10. Boala Gaucher (G29)</b>					
1.					
2					

...					
<b>11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)</b>					
1.					
2					
...					
<b>12. Poliartrita reumatoidă (G31b)</b>					
1.					
2					
...					
<b>13. Artropatia psoriazică (G31c)</b>					
1.					
2					
...					
<b>14. Spondilita ankilozantă (G31d)</b>					
1.					
2					
...					
<b>15. Artrita juvenilă (G31e)</b>					
1.					
2					
...					
<b>16. Psoriazisul cronic sever (G31f)</b>					
1.					
2					
...					

### C. Alte afecțiuni cronice

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. Boală cronică de rinichi- fază de predializă (G25)</b>					
1.					
2					
...					

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

#### Note:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

4. Formularele din Anexa 7-a se întocmesc în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza în funcție de mișcarea lunară a persoanelor cu afecțiuni cronice pe baza anexei 7-b .

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări

de sănătate

.....

Data: .....

Casa de asigurări de sănătate

.....  
Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

Județ.....

Medic de familie/Medic de specialitate din ambulatoriu

.....  
(nume prenume)

CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu

**MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE  
SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE  
FAMILIE / MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU  
ÎN LUNA..... ANUL.....**

**I .Intrări/Ieșiri în/din evidență****A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:**

Nr . crt .	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. Afecțiunile oncologice</b>					
1.					
2					
...					
<b>2. Diabetul zaharat</b>					
1.					
2					
...					
<b>3. Starea posttransplant</b>					
1.					
2					
...					
<b>4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader- Willi)</b>					
1.					
2					
...					
<b>5. Insuficiența renală cronică-dializă</b>					
1.					
2					
...					

**B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS**

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)</b>					
1.					
2					
...					
<b>2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)</b>					
1.					
2					
...					
<b>3. Ciroza hepatică (G7)</b>					
1.					
2					
...					
<b>4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)</b>					
1.					
2					
...					
<b>5. Epilepsie (G11)</b>					
1.					
2					
...					
<b>6. Boala Parkinson (G12)</b>					
1.					
2					
...					
<b>7. Scleroza multiplă (G14)</b>					
1.					
2					
...					
<b>8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)</b>					
1.					
2					
...					
<b>9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)</b>					
1.					
2					
...					

<b>10. Boala Gaucher (G29)</b>					
1.					
2					
...					
<b>11.Boala cronica inflamatorie intestinală (G31a)</b>					
1.					
2					
...					
<b>12.Poliartrita reumatoidă (G31b)</b>					
1.					
2					
...					
<b>13. Artropatia psoriazică (G31c)</b>					
1.					
2					
...					
<b>14. Spondilita ankilozantă (G31d)</b>					
1.					
2					
...					
<b>15. Artrita juvenilă (G31e)</b>					
1.					
2					
...					
<b>16.Psoriazisul cronic sever (G31f)</b>					
1.					
2					
...					

### C. Alte afecțiuni cronice

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. Boală cronică de rinichi- fază de predializă (G25)</b>					
1.					
2					
...					

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

**II . Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu**

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie, medicului de specialitate din ambulatoriu *	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
<b>A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:</b>				
1.Afecțiunile oncologice				
2.Diabetul zaharat				
3.Starea posttransplant				
4.Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)				
5.Insuficiența renală cronică- dializă				
<b>B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS</b>				
1.Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)				
2.Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)				
3.Ciroza hepatică (G7)				
4.Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări clonale și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G 10)				
5.Epilepsie (G11)				
6. Boala Parkinson (G12)				
7. Scleroza multiplă (G14)				
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)				
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune				



supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)				
<b>10. Boala Gaucher (G29)</b>				
<b>11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)</b>				
<b>12. Poliartrita reumatoidă (G31b)</b>				
<b>13. Artropatia psoriazică (G31c)</b>				
<b>14. Spondilita ankilozantă (G31d)</b>				
<b>15. Artrita juvenilă (G31e)</b>				
<b>16. Psoriazisul cronic sever (G31f)</b>				
<b>C. Alte afecțiuni cronice</b>				
1. Boală cronică de rinichi-fază de predializă (G25)				
<b>TOTAL</b>				

\*) Conform Anexei nr. 39A la Ordinul nr. 423/191/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013-2014

**Notă:**

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde mișcarea lunară a persoanelor care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde mișcarea lunară a persoanelor monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.
4. Formularele din Anexa 7-b se întocmesc în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.
5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări

de sănătate

.....

Data: .....

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medicul de

familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**Lista persoanelor cu afecțiuni cronice\*) pentru care se organizează evidență specifică la nivelul medicului de familie**

Nr crt	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta (**)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (***)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
1. Sindroame poststreptococice la copii					
1.					
2					
...					
2. Afecțiuni cronice cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice					
1.					
2					
...					
3. Afecțiuni cronice digestive: sindrom de malabsorbție					
1.					
2					
...					
4. Afecțiuni cronice de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți)					
1.					
2					
...					
5. Afecțiuni cronice ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă					
1.					
2					
...					
6. Afecțiuni cronice ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic					

1.					
2					
...					
7. Afecțiuni cronice endocrine: distrofiile endemice tireopate, gușă (copii și adulți)					
1.					
2					
...					
8. Afecțiuni cronice psihiatrice: schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice					
1.					
2					
...					
9. Afecțiuni cronice oftalmologice: glaucom					
1.					
2					
...					

\*) altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

\*\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 ani se va completa vârsta în luni.

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

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. Formularul din anexa 7-c se întocmește în două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

4. Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza semestrial în funcție de modificările intervenite/mișcarea semestrială a persoanelor cu afecțiuni cronice pe baza anexei 7-d la ordin.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări

de sănătate

.....

Data: .....

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medicul de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**Mișcarea persoanelor cu afecțiuni cronice\*) pentru care se organizează evidență specifică la nivelul medicului de familie în semestrul ..... anul .....**

## I. Intrări/Ieșiri în/din evidență

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Cod de identificare	Vârsta (**)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (***)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
<b>1. Sindroame poststreptococice la copii</b>					
1.					
2					
...					
<b>2. Afecțiuni cronice cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice</b>					
1.					
2					
...					
<b>3. Afecțiuni cronice digestive: sindrom de malabsorbție</b>					
1.					
2					
...					
<b>4. Afecțiuni cronice de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți)</b>					
1.					
2					
...					
<b>5. Afecțiuni cronice ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă</b>					
1.					
2					
...					
<b>6. Afecțiuni cronice ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică,</b>					

rinichi polichistic					
1.					
2					
...					
7. Afecțiuni cronice endocrine: distrofiile endemice tireopate, gușă (copii și adulți)					
1.					
2					
...					
8. Afecțiuni cronice psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice					
1.					
2					
...					
9. Afecțiuni cronice oftalmologice: glaucom					
1.					
2					
...					

\*) Altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

\*\*\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 ani se va completa vârsta în luni.

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

## II . Recapitulația persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență specifică la nivelul medicului de familie *)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul semestrului precedent	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul semestrului în curs
1.	2.	3.	4.	5.
1. Sindroame poststreptococice la copii				
2. Afecțiuni cronice cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice				
3. Afecțiuni cronice digestive: sindrom de malabsorbție				
4. Afecțiuni cronice de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți)				
5. Afecțiuni cronice ale aparatului respirator: astm bronșic,				

bronhopneumopatia cronică obstructivă				
6. Afecțiuni cronice ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic				
7. Afecțiuni cronice endocrine: distrofii endemice tireopate, gușă (copii și adulți)				
8. Afecțiuni cronice psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice				
9. Afecțiuni cronice oftalmologice: glaucom				

\*) Altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2013 - 2014, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 117/2013.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. Evidența cuprinde mișcarea semestrială a persoanelor care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. Formularele din anexa 7-d se întocmesc în două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.
4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Data: .....