

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CABINET PREȘEDINTE

ORDIN Nr. 225/29.04.2013

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. 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,

- Ordinului 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,

- 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-j.

(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-c.

(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/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, 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 număr de identificare personal / cod unic de asigurare 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; se vor atașa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate

d) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de asigurare a persoanei beneficiare de formulare / documente europene, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular / document european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul / documentul, numărul de identificare a instituției respective. Tipurile de formulare europene sunt: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și documente europene S - corespondente acestor formulare; se vor atașa copii ale formularelor/documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale cu excepția formularelor / documentelor europene (E106, E 119, E 120, E 121) / S1.

e) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de asigurare 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. Se vor atașa copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale.

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 Asiguraților 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 și intră în vigoare începând cu data de 1 mai 2013.

PREȘEDINTE,
Dr. Doru BĂDESCU

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

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

Grupa de vârstă*)

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	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare
1								
2								
...								

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

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

III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/ SPATIULUI 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

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/ document european (E106, E109, E120, E121/S1)	Număr de identificare personal/ Cod unic de asigurare	Statul membru UE / SEE /Elveția competent	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal
1									
2									
..									

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

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

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 liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I și III din anexa 1-a 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 care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Formularele I și III din anexa 1-a vor fi raportate 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 ecografiile 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
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1)	37.1
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor europene (E109/S1)	37.2
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1)	37.3
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1)	37.4

*) 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

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	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare
1.								
2.								
.....								

B. Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

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

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

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

III. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/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, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

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

B. Recapitulăția persoanelor din statele membre ale UE/SEE/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, înscrise pe lista medicului de familie

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă:

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

*) 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 liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A 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 care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar pe suport hârtie și în format electronic, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru 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"

Nr. Crt.	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)
0	1	2	3	4=2x3
1.	0-3 ani		***)	
2.	0-3 ani (persoane din statele membre ale UE / SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
3.	0-3 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
4.	4-59 ani		****)	
5.	4-59 ani (persoane din statele membre ale UE / SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
6.	4-59 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
7.	4-59 ani (pensionari de invaliditate - care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)			
8.	4-59 ani (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
9.	60 ani și peste		*****)	
10.	60 ani și peste (persoane din statele membre UE/SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor /documentelor europene)			
11.	60 ani și peste (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
	TOTAL	X		

*) 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.

***) numărul de persoane de la grupa de vârstă „0 -3 ani” (de la col. 3 randul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevazut pentru aceeași grupa de vârstă în col. 3 la randurile 2 și 3

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

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „60 de ani și peste” (de la col. 3 randul 9) nu cuprinde numărul de persoane prevazut pentru aceeași grupa de vârstă în col. 3 la randurile 10 și 11

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 **urbană** 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:

2.200

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x -----
 Număr persoane asigurate înscrise

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

(număr asigurați înscrși - 2.200)
 Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x ----- x 0,5
 Număr persoane asigurate înscrise

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:

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)	Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6)
	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. Recapitulare punctaj pentru persoane asigurate înscrise pe listă în funcție de perioada de activitate

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale 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;			
3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a. * ³⁾			
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.			
4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ⁴⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială* ⁵⁾	X	X	X
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
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 * ⁶⁾			
D. Consultații la domiciliul asiguraților* ⁷⁾			
E. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății * ⁸⁾	X	X	X
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET BAZA	X		

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) conform cap. III, lit. B, pct. 3, lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

*4) 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;

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

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

*7) conform cap. III lit. E din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

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

Notă: 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, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la *Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.*

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>I</i>	2	3	4=2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
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* ⁴⁾ .			
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 certificat constatator de deces* ⁵⁾			
E. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială* ⁶⁾	X	X	X
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

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. C, lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

*5) conform cap. I lit. D - NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

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

Notă: 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 cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la *Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.*

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* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
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* ⁴⁾ ;			
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. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială* ⁵⁾	X	X	X
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc			
E. Servicii medicale curative:			
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	X		

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. C, lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.
- *5) 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 cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la *Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.*

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* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	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			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ²⁾ (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 * ³⁾ :	X	X	X
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
TOTAL	X		

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 stagiu 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 titularului de card, data nașterii titularului, codul de identificare al instituției care a emis cardul, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.

8. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiaza în asistenta medicala primara de serviciile prevazute la cap. I lit. A si B din anexa nr. 1 la Ordinul 423/191/2013):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	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			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ²⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
TOTAL	X		

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 stagiu de cotizare;

Notă: Desfășurătorul de la punctul 8 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 persoanei, data nașterii titularului.

9. 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* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale 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:	<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;			
3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei	<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 ^{*3)} .			
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.			
4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic^{*4)} (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială^{*5)}	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la peronele fără risc			
C. Servicii medicale curative:	<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 ^{*6)}			
D. Consultații la domiciliul asiguraților^{*7)}			
E. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății. ^{*8)}	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL	X		

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. 3, lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

*4) 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;

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

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

*7) conform cap. III lit. E din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

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

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9 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/Spațiului Economic European/Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/ documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/S1. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la *Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.*

10. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiaza în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III din anexa nr. 1 la Ordinul 423/191/2013):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
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;			
3. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei	<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* ³⁾ ;			
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.			

4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ^{*4)} (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ^{*5)}	X	X	X
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
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 ^{*6)}			
D. Consultații la domiciliul asiguraților ^{*7)}			
E. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății. ^{*8)}	X	X	X
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL	X		

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. 3, lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013.

*4) 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;

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

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

*7) conform cap. III lit. E din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 423/191/2013;

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

Notă: Desfășurătorul de la punctul 10 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 persoanei, data nașterii titularului.

Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la *Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.*

11. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4 + total pct. 5 + total pct. 6 + total pct.7 + total pct.8 + total pct.9 + total pct. 10
--

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

Număr puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 11 din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie”	Majorarea/diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
1.	2.	3.

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 „per capita” și a unui punct pentru plata pe serviciu medical**

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

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

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

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

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

***) Se va trece totalul general puncte pe serviciu din col. 3 din tabelul de la punctul 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 **) <i>col.3 x 1,5</i>	Total sume luate în calculul drepturilor <i>(col.3 + col.4) x col.2./col.1</i>
1.	2.	3.	4.	5.

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

*) Conform art. 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
TOTAL				
Sume raportate în plus sau în minus ***)				

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE
.....

Întocmit,
.....

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

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

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială (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

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata „per capita” și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP –uri beneficiare / Coduri unice de asigurare	Număr servicii medicale	Nr. Coduri unice de asigurare –beneficiare/ numere de identificare personale (pentru titularii formularelor / documentelor europene)
1. Consultații pentru servicii medicale profilactice / 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 **) ***)	x	x	x	x
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	x	x
a) certificate de concediu medical				
b) bilete de trimitere				
c) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri				
d) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului				
e) documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate				
f) prescripții medicale				
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.

2. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata „per capita” și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP –uri beneficiare / Coduri unice de asigurare
1. Activități de suport - eliberare de acte medicale:	X	X
a) bilete de trimitere pentru asistenta medicala de specialitate pentru specialitățile clinice		
b) certificat constatator de deces		

*) 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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 1-i 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară .

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

Luna Anul

Nr. Crt.	Codul numeric personal/ codul unic de asigurare / numărul de identificare personal (pentru beneficiarii de formulare/documente europene)	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.

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			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultatii**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	
1	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută:							x	
2	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice:							x	
3	Consultație medicală de specialitate pentru situații de urgență:							x	
4	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic(caz confirmat):							x	
5	Consultație furnizată la distanță prin sisteme de telemedicină rurală***):							x	

B.	Servicii medicale**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
6	Servicii diagnostice simple:							x	
7	Servicii diagnostice complexe:							x	
8	Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale:							x	
9	Servicii terapeutice/tratamente medicale:							x	
C.	Servicii conexe actului medical**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
10	Servicii conexe:							x	
TOTAL GENERAL								x	

*) 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 ultima teză, 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.

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./ NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/ 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.....

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/ 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	Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice	Nr. consultații medicale pentru situații de urgență	Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic	Nr. consultații furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală	Nr. servicii diagnostice simple	Nr. servicii diagnostice complexe	Nr. servicii terapeutice/ tratamente chirurgicale	Nr. servicii terapeutice/ tratamente medicale	Nr. servicii conexe
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
TOTAL												

*) 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 randul 1 din tab. 1.1
 Total col. C5 din tab.1.2 = col. C4 lit. A randul 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.

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			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultații în cadrul pachetului minimal:						x	x	x
1.	- consultatie medicala de urgenta								
2.	- consultatie medicala-pentru depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic (caz confirmat)								
TOTAL GENERAL							x		

*) Specialitățile 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,

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

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de asigurare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)	
			Consultații medicale de urgenta	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo -epidemic
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL				

*) 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

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.

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			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultații în cadrul pachetului facultativ:						x	x	x
1.	- consultație medicală de urgență								
2.	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)								
3.	- consultație medicală pentru afecțiuni acute/subacute								
TOTAL GENERAL							x		

*) 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,

1.2 DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./ NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE 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/ Număr de identificare personal/ Cod unic de asigurare	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
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

*) 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-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.

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

*¹⁾ 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,

.....

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE

.....

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 ANUL

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	$C4=C1 \times C3$	$C5=C2 \times C3$
TOTAL			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/ NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL, 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 ANUL

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 / Număr de identificare personal/ Cod unic de asigurare/ asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicești
C0	C1	C2	C3
TOTAL	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.

ANEXA 2-f (continuare)

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 ANUL

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>
TOTAL			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./ NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/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 /Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare/ asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicești
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
TOTAL	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	$C5=C3 \times C4$
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	$C5=C3 \times C4$
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/Număr de identificare personal/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/ Număr de identificare personal / Cod unic de asigurare *)	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Numărul investigațiilor paraclinice
C1	C2	C3	C4
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/ Număr de identificare personal /Cod unic de asigurare			
...			
TOTAL		X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv 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

In cazul serviciul medical de înaltă performanță PET-CT se va prezenta si decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 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/ Număr de identificare personal /Cod unic de asigurare **)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate***)/ (codul)	Tarif/ investigație paraclinică ****)	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
				
TOTAL		X	X	X	X	
				
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) 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/codul unic de asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv 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 ecografiile, 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 ecografiile 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.....
 Județul

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină dentară/dentist.....
 (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 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*)/Număr de identificare personal/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
TOTAL			X	X		X	

*) 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

1. 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 Registru consultații	CNP asigurat*)/ Număr de identificare personal/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	$C9 = C6 \times C7 \times C8$
TOTAL			X	X		X	X	

*) 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

****) 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 două 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..... Medic de medicină dentară/dentist.....
 (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 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 x C7 xC8
TOTAL			X	X		X	X	

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

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

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

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP*)/Număr de identificare personal/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
TOTAL			X			X	

*) 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

1. 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/Număr de identificare personal/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
TOTAL GENERAL		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.....

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/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	Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate	Tarif* pe serviciu medical - caz	Sumă** (lei)	Motivul întreruperii curei***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C4 x C7	C9
TOTAL GENERAL		X				X		X
Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4)								

*) 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 specifica 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

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 SANATAT

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP / Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare asigurat	Denumire procedură *	Număr proceduri, pe zi																													Total proceduri realizate**		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30	31
C0	C1	C2	C3																													C4		
1																																		
SUBTOTAL CNP 1																																		
2																																		
SUBTOTAL CNP 2																																		
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP 1 + Subtotal CNP 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-I 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 / Număr de identificare personal/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
TOTAL GENERAL		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.....

Nr. crt.	CNP / Număr de identificare personal/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	Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate	Tarif*) pe serviciu medical-caz, contractat	Sumă**) (lei)	Motivul întreruperii curei***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C4 x C7	C9
TOTAL GENERAL						x		x
Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4)							-	

*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la Cap I, lit. C, pct. C4 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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 ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013;

***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifica motivul întreruperii curei de tratament conform art. 15 alin.(4) 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-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/număr de identificare personal/codurile unice de asigurare de la care s-a încasat contravaloarea serviciilor medicale)**

Luna anul

Nr. crt.	Codul numeric personal/Număr de identificare 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 înainte de data programată, 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.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE 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 externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB				Nr. cazuri externate raportate și nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
		Nr. cazuri externate fără cazuri de spitalizare de 24 de ore		Nr. cazuri externate - numai cazuri de spitalizare de 24 de ore **)			
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate - numai cazuri reinternate și transferate*)	Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate - numai cazuri reinternate și transferate*)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL							

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

*) 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 NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE 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 externate și raportate la SNSPMPDSB ¹⁾	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:						ICM realizat *****)	Coeficientul cazurilor extreme pe spital - K****)
		Nr. cazuri externate - fără cazuri de spitalizare de 24 de ore			Nr. cazuri externate - numai cazuri de spitalizare de 24 de ore***)				
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate			
			Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză*)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)		Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză*)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)		
	P1								K1
	P2								K2
	P3								K3
	P4								K4
TOTAL SPITAL									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, în format electronic și tipărit, 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;

¹⁾ P1 (perioada 1) se referă la cazurile cu data externării între 01.01-31.03.2013, P2 (perioada 2) se referă la cazurile cu data externării între 01.04.2013-30.06.2013, P3 (perioada 3) se referă la cazurile cu data externării între 01.07.2013-30.09.2013, P4 (perioada 4) se referă la cazurile cu data externării între 01.10.2013 - 31.12.2013;

*) 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 pe spital - 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; K1 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.01-31.03.2013, K2 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.04-30.06.2013, K3 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.07-30.09.2013, K4 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.10-31.12.2013;

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECȚIONARE 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	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Coefficientul cazurilor extreme pe spital - K ****)	Perioada *****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	x	x	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 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;

- „8” 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, 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 pe spital - 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
- $K=1$ 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;
- K1 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.01-31.03.2013, K2 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.04-30.06.2013, K3 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.07-30.09.2013, K4 se calculează pentru cazurile cu data externării între 01.10-31.12.2013,.

*****) Col. C9 permite filtrarea cazurilor astfel: P1 (perioada 1) se referă la cazurile cu data externării între 01.01-31.03.2013, P2 (perioada 2) se referă la cazurile cu data externării între 01.04-30.06.2013, P3 (perioada 3) se referă la cazurile cu data externării între 01.07-30.09.2013, P4 (perioada 4) se referă la cazurile cu data externării între 01.10-31.12.2013;

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

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

¹ Conform Anexei 17 B la Ordinul nr. 423/191/2013;

*) 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 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 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 ¹	Tarif pe caz ponderat ²	Suma de plată*
C1	C2	C3	C4= C1 x C2 x C3

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

² Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013;

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 (2) și 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 LUNAANUL.....**

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

¹ Conform raportului 1.1 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

² Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 423/191/2013;

³ 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;

⁴ 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
*) $C8 = (C1 - C2) \times C6 \times C7 - (C3 \times C6 \times C7 \times 50\%) - (C4 \times C6 \times C7 \times 25\%) - (C5 \times C6 \times C7 \times 62,5\%)$. 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 / TRIMESTRELEANUL.....

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) –zz..ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat (**)	Coefficientul cazurilor extreme pe spital - K ****)	Tarif pe caz ponderat ¹	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 numărul 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;

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

În coloanele C1 - C8 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, 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:

- „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;
- „8” 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, 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 decontate;

****) Coeficientul cazurilor extreme pe spital - 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; conform formularului 1.3 din anexa 3-a la prezentul ordin;
- K = 1 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

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, 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: $C10=C6 \times C8xC9x75\%$;

cu cifra „5” conform formulei: $C10=C6 \times C8xC9x75\%$;

cu cifra „6” conform formulei: $C10=C6 \times C8xC9x75\%x50\%$;

cu cifra „7” conform formulei: $C10=C6 \times C8xC9x50\%$;

cu cifra „8” conform formulei: $C10=C6 \times C8xC9x75\%x50\%$;

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 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 (fără a se utiliza în formule coeficientul cazurilor extreme pe spital – K pentru cazurile externate în lunile octombrie și noiembrie 2013), urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor (utilizând în formule coeficientul cazurilor extreme pe spital – K).

*****) Rândul Total C6 = ICM decontat = Total col. C6/Total col. C2 din desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare), 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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

*) 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;

¹ 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)

² Conform formularului 1.3 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

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

⁴ ICM decontat = Rândul Total col. C6/Total col. C2 din desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare)

⁵ Suma realizată se calculează conform formulei $C11 = [(C2+C3) \times C8 \times C9 \times C10] + (C4 \times C8 \times C9 \times C10 \times 50\%) + [(C5+C6) \times C8 \times C10 \times 75\%] + (C7 \times C8 \times C10 \times 75\% \times 50\%)$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 și alin. (7) 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 (fără a se utiliza în formule coeficientul cazurilor extreme pe spital – K pentru cazurile externate în lunile octombrie și noiembrie 2013), urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor (utilizând în formule coeficientul cazurilor extreme pe spital – K).

Răspundem de realitatea și 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 NAȚIONALĂ 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, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale.

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

*) Compartimente neonatologie – prematuri (cod de secție 1222.1 și 1222.2) prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale și 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate

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

CASA NAȚIONALĂ 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	
TOTAL SPITAL					

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

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

*) Compartimente neonatologie – prematuri (cod de secție 1222.1 și 1222.2) prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale și 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 necesită asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECȚIONARE 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 - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

Secție/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Durata optimă de spitalizare ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat ²	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC3xC5 sau C6=C4 x C5
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 și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistența medicală spitalicească de lungă durată (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. C4 x col. C5;

***) 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 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. În 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

² 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 decontate 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 - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

1.2. a

Secția/ compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate in luna anterioara ¹	Nr. cazuri externate raportate și validate in luna anterioara ¹ (reinternate și transferate)	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6 - C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$
TOTAL SPITAL						

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

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ordinul. nr. 423/191/2013; $C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6 - C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$

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.

1.2.b

Secția/ compartiment*	Total zile spitalizare efectiv realizate **	Total zile spitalizare efectiv realizate afereente cazurilor de nou născuți cu gradul I de prematuritate la naștere ²	Total zile spitalizare efectiv realizate afereente nou născuților după data la care aceștia au depășit greutatea de 2500 g ³	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat ¹	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL					

*) Secții/Compartimente de neonatologie – prematuri (cod de secție 1222.1 și 1222.2) prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS și 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani).

**) 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 urmării 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.

Se va completa fără zilele afereente cazurilor de nou născuți cu gradul I de prematuritate și fără zilele afereente nou născuților după data la care aceștia au depășit greutatea de 2500 g.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ordinul nr. 423/191/2013; $C6 = C2 \times C5 + C3 \times C5 \times 80\% + C4 \times C5 \times 50\%$

¹ 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%. Potrivit prevederilor art. 14 alin. (2) din Anexa 17 la Ordinul nr. 423/191/2013 tariful pe zi de spitalizare se diminuează cu 50% pentru zilele afereente nou născuților după data la care aceștia au depășit greutatea de 2500 g.

² Reprezintă numărul de zile afereente cazurilor care au completat DA în col. 7 din anexa 3 - g

³ Reprezintă numărul de zile afereente cazurilor care au completată col. 4 din anexa 3 – g

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C7 din tabelul 1.2.a +col. C6 din și 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ordinul. nr. 423/191/2013, din care se scade suma din coloana C6 din desfășurătorul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.	Suma rămasă de plată pentru luna curentă
--	---

Răspundem de realitatea si 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*	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2+C3) \times C5 \times C6 + C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$
TOTAL SPITAL				x	x	

*) Compartimente de cronici, recuperare 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) 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.

¹ Conform formularului 1.2 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.

Secția/ compartiment*)	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Total zile spitalizare efectiv realizate afereente cazurilor de nou născuți cu gradul I de prematuritate ²	Total zile spitalizare efectiv realizate afereente nou născuților după data la care aceștia au depășit greutatea de 2500 g ³	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat ¹	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL				x	

*) Compartimente de neonatologie – prematuri (cod de secție 1222.1 și 1222.2) prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS și 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani)

**) Se va completa fără zilele aferente cazurilor de nou născuți cu gradul I de prematuritate și fără zilele aferente nou născuților după data la care aceștia au depășit greutatea de 2500 g

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

$C6 = C2 \times C5 + C3 \times C5 \times 80\% + C4 \times C5 \times 50\%$

¹ 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%. Potrivit prevederilor art. 14 alin. (2) din Anexa 17 la Ordinul nr. 423/191/2013 tariful pe zi de spitalizare se diminuează cu 50% pentru zilele aferente nou născuților după data la care aceștia au depășit greutatea de 2500 g

² Reprezintă numărul de zile aferente cazurilor care au completat DA în col. 7 din anexa 3 - g

³ Reprezintă numărul de zile aferente cazurilor care au completat col. 4 din anexa 3 - g

Răspundem de realitatea și 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, electronic și pe suport de hârtie;

***) 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 Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

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=C5 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);
- „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

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;

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI 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 externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:		
		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
TOTAL SPITAL				

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 acuși 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 externate reinternate sau transferate;

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 PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 423/191/2013, 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. 423/191/2013, 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 externate realizate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Nr. cazuri externate, raportate și validate în luna anterioară ¹ (reinternate și transferate)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat**	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
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

¹ Conform raportului 1.1 din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin

² 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. 423/191/2013, 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	Tipul de caz externat **)	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Suma realizată****
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	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 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile validate, 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:

- „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);

- „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 decontate

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

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

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

cu cifra „3” conform formulei: $C7=C6 \times 50\%$;

cu cifra „7” conform formulei: $C7=C6 \times 50\%$;

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 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.

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;

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 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 A LA ORDINUL NR. 423/191/2013, 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:			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
TOTAL SPITAL				x		

*) 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/TRIMESTRIALĂ A NOU NĂSCUȚILOR PREMATURE DIN SECȚIILE
NEONATOLOGIE PREMATURE, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Nr. FOCG/ CNP nou-născut premat/ cod unic de asigurare	Greutatea la naștere (grame)	Data nașterii/data internării	Data la care nou- născutul prematur a atins greutatea de 2500 g	Greutatea la externare (grame)	Data externării	Gradul I de prematunitate DA/NU*
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7

* se va completa DA în cazul în care gradul de prematuritate al nou născutului este I pentru cazurile care se decontează la un tarif diminuat cu 20%; se va completa NU în cazul în care gradul de prematuritate al nou născutului este diferit de I

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>
TOTAL			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 si 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 cumulat 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>
TOTAL	X	X	X	

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 in 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>
TOTAL			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 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 in 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>
TOTAL	X	X	X	

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

Răspundem de realitatea si 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 cumulat 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 și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura 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 1 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, inclusiv în laboratorul/laboratoarele din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice*

*) Conform Actului adițional 2 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.....**

Criteria de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunității internării cazurilor de urgență*			Număr cazuri externe - spitalizare continuă, raportate și validate de SNSPMPDSB (cazuri acute care au fost internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență)**
<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. Excluce 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). Excluce 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 ₂ >50 mmHg PaO ₂ <50 mmHg	
9a	Anomaliile electrocardiografei	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. Exclue 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 continuă, 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 continuă 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

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE
SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim

Tip autovehicul	Total Km efectiv parcursi in mediul urban		Total Km realizati pentru mediul rural		Tarif pe km minim negociat *)	Total sumă		Suma decontată**)
	Contractați	Efectiv parcurși	Contractați	Efectiv realizati		Contractată	Realizată**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 =C6x(C2+C4)	C8=C6x(C3+C5)	C9 = C7 sau C8
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor de transport sanitar neasistat					x			
Subtotal 2 - km aferenți serviciilor de transport sanitar (inclusiv km. aferenti consultațiilor de urgență la domiciliu)					x			
TOTAL(subtot.1+subtot. 2)					x			

*) Se stabileste în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013 și în limita tarifelor maxime prevazute la art. 8 alin.(2) 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-a se întocmește de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

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

Luna/TrimANUL.....

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		
	X			X		
Subtotal 1 - mile aferente serviciilor de transport sanitar neasistat	X		X	X		
	X			X		
	X			X		
Subtotal 2 - mile aferente serviciilor de transport sanitar (inclusiv mile aferente consultațiilor de urgență la domiciliu)	X		X	X		
TOTAL(subtot.1+subtot. 2)			X			

*) Se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013 și în limita tarifelor maxime prevăzute 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-b se întocmește de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) 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 servicii medicale de urgență și transport sanitar

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

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție transport pe apă pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tip serviciu - consultatie de urgenta la domiciliu conform Cap. I, pct. A din Anexa 21 la Ordinul nr. 423/191/2013	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare minim negociat*)	Total suma		Suma decontată**)
			Contractat	Realizat		Contractata	Realizata	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
Subtotal 1 - solicitari pentru consultatiile de urgenta la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanenta					x			
Subtotal 2 - solicitari pentru consultatiile de urgenta la domiciliu acordate de medicii din unitatile medicale specializate private					x			
TOTAL(subtot. 1+ subtot. 2)					X			

*) Se stabileste în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 423/191/2013 și în 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 dupa cod numeric personal/cod unic de asigurare /numar de identificare personal, a serviciilor - consultatii de urgenta la domiciliu efectuate de către unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tip serviciu - consultatie de urgenta la domiciliu conform Cap. I, pct. A din Anexa 21 la Ordinul nr. 423/191/2013	CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal*)		
		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
TOTAL	X			

*) 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-c se întocmesc de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar

2.Desfășurătoarele se completeaza distinct pentru autoturismele de transport pentru consultatiile de urgenta la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de interventie transport pe apa

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

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP / Numar de identificare personal/Cod unic de asigurare asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data inceperii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfarsitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/îngrijirile paliative la domiciliu*)	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/ Numar de identificare personal 1								x	
2									
Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2								x	
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 1 + Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 2 +.....)								x	

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

Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 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.(4), alin.(5) și 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.(4), alin.(5) și 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.....

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	% *) decontat de CAS	Suma contractată **)	Total sumă realizată ***)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6</i>	<i>C7</i>	<i>C8 = C4xC5xC6</i>
1.	Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)				65%		
					100%		
2.	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/Numerelor de identificare personale, 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 / Numar de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	%*) decontat de CAS
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
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**)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	$C6=C3 \times C5$	$C7 = C4 \times C5$
	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;

***) 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/Numerele de identificare personale, 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 / Numar de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
	TOTAL	

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

Localitate.....

Judet.....

Reprezentantul legal al furnizorului

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/ Numar de identificare personal	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
1. Afecțiunile oncologice					
1.					
2					
...					
2. Diabetul zaharat					
1.					
2					
...					
3. Starea posttransplant					
1.					
2					
...					
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)					
1.					
2					
...					
5. Insuficiența renală cronică- dializă					
1.					
2					
...					

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

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	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
1. Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)					
1.					
2					
...					
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C, D (G4)					
1.					
2					
...					
3. Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2					
...					
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)					
1.					
2					
...					
5. Epilepsie (G11)					
1.					
2					
...					
6. Boala Parkinson (G12)					
1.					
2					
...					
7. Scleroza multiplă (G14)					
1.					
2					
...					
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)					
1.					
2					
...					
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)					
1.					
2					
...					

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

C. Alte afecțiuni cronice

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	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
1. Boală cronică de rinichi- fază de predializă (G25)					
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

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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/ Numar de identificare personal	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
1. Afecțiunile oncologice					
1.					
2					
...					
2. Diabetul zaharat					
1.					
2					
...					
3. Starea posttransplant					
1.					
2					
...					
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader- Willi)					
1.					
2					
...					
5. Insuficiența renală cronică-dializă					
1.					
2					
...					

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

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	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
1. Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)					
1.					
2					
...					
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)					
1.					
2					
...					
3. Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2					
...					
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)					
1.					
2					
...					
5. Epilepsie (G11)					
1.					
2					
...					
6. Boala Parkinson (G12)					
1.					
2					
...					
7. Scleroza multiplă (G14)					
1.					
2					
...					
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)					
1.					
2					
...					
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)					
1.					
2					
...					
10. Boala Gaucher (G29)					

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

C. Alte afecțiuni cronice

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	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
1. Boală cronică de rinichi- fază de predializă (G25)					
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 . Recapitulația 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.
A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:				
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. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS				
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, gamapati 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)				
10. Boala Gaucher (G29)				
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)				
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)				
13. Artropatia psoriazică (G31c)				
14. Spondilita ankilozantă (G31d)				
15. Artrita juvenilă (G31e)				
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)				
C. Alte afecțiuni cronice				
1. Boală cronică de rinichi-fază de				

predializă (G25)				
TOTAL				

*) 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

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic 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/ Numar de identificare personal	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: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri					

sistemate 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

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic 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/ Numar de identificare personal	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: 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 . Recapitulăția 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

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: