

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE

ORDIN NR. 428/16.04.2010

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

Având în vedere:

- Art. 140 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
- Referatul Direcției Generale Relații cu Furnizorii nr. DGF/378/16.04.2010

În temeiul prevederilor:

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

(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 i;

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

(5) Se aprobă documentele justificative- formulare, unice pe țară, fără regim special care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, 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 - 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 vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexei nr. 6 a - 6b;

(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 anexei nr. 7a - 7b;

(8) Formularele menționate la alineatele (1) ÷ (7) se utilizează împreună cu formularele tipizate de „Factură”, fără TVA, întocmite conform prevederilor Codului fiscal și al Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 2226/2006 privind utilizarea unor formulare financiar – contabile de către persoanele prevăzute la art. 1 din Legea contabilității nr. 82/1991, republicată.

Art. 2. - (1) Anexele 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, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, 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 titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 și pentru cetățenii statelor 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) 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) specificarea serviciilor medicale acordate cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;
- c) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara – membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate/formularul european emis în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate;

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

Art. 5. - La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 563 din 24.04.2009 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special care includ și desfășurătoarele activităților realizate, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, 346 și nr. 346 bis din 25 mai 2009, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

PRESEDINTE,

Dr. Nicolae Lucian DUȚĂ



Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**I. LISTA PERSOANELOR
BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE
BAZA, RESPECTIV PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE
PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURA FACULTATIV**

Grupa de vârstă*)

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	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								
:								
N								

*) 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. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010. 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	Adresa	Vârsta împlinită *	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
⋮							
N							

*) 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. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010

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) ; (această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat)

și/sau

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

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

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 pentru limită de vârstă	04
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
Persoane prevăzute la art. 3 alin.(1) lit.b) din Legea nr. 341/2004	12
Pensionari cu venituri din pensii peste limita supusă impozitului pe venit	13.1
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 arest preventiv	15
Liber profesioniști	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultura	17
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	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 (ex. magistrați-judecători, procurori, etc.)	21
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au nici un 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
Persoane care sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de	24

persoane	
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 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 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	31
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	34

* Pentru persoanele nou înscrise pe listă se vor atașa la fișa medicală documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

Județ.....

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	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. Recapitulăția asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
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)				
60 ani și peste – total din care:				
persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
TOTAL				

La grupa de vârstă 4-59: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate

**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	Adresa	Vârsta împlinită *	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
....							

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

Grupa de vârstă	Număr persoane beneficiare de pachet minimal de servicii medicale:			
	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)				
60 ani și peste – total din care:				
persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
TOTAL				

La grupa de vârstă 4-59 : totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă:

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

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

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

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

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

DESFĂȘURĂTORUL
punctajului activității lunare a medicului de familie
LUNA..... ANUL.....

1. Numărul de puncte „per capita”

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

*) conform art. 1 alin.(2) lit. a) , pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 265/408/2010

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite :

I.) În situația în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii 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 din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de înscriși pe listă, astfel:

$$\frac{2.200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

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

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

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

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
 (număr înscriși – 2.200)

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

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

$$2.200$$

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

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

$$(4.000 - 2.200)$$

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{Număr persoane înscrise}}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

d) În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie și pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$2.200$$

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

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

$$(\text{număr înscriși} - 2.200)$$

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{Număr persoane înscrise}}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

II.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010:

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

III.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 30 alin.(2) din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010:

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

IV.) Număr puncte pe lună = pct.I, lit.a)/12 luni ; pct. I, lit.b) /12 luni ; pct. I, lit.c) /12 luni; pct. I, lit.d) /12 luni; pct. II/12 luni sau pct. III/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. IV 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. 1 x 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. Recapitulație punctaj pentru persoane înscrise pe listă în funcție de perioada de activitate

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical - consultație	Număr consultații	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative – consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, intercurrente sau cronice programabile			
2. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice - examen periodic conform programării			
3. Consultații la domiciliul asiguraților			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

*) conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 265/408/2010

Notă: Desfășurătorul de la punctul 4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod de identificare, serviciile medicale acordate

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical - consultație	Număr consultații	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative – consultație pentru afecțiuni intercurrente			
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	X		

Precizări :

*) conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 265/408/2010

Notă: Desfășurătorul de la punctul 5 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanelor beneficiare, serviciile medicale acordate

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical - consultație	Număr consultații	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative – consultație pentru afecțiuni intercurrente			
TOTAL	X		

Precizare:

*) conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 265/408/2010

Notă: Desfășurătorul de la punctul 6 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, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis cardul, codul de identificare al acestei instituții

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultație și acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical - consultație	Număr consultații	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative – consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, intercurrente sau cronice programabile			
2. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice - examen periodic conform programării			
3. Consultații la domiciliul asiguraților			
TOTAL	X		

Precizări:

*) conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 265/408/2010

Notă: Desfășurătorul de la punctul 7 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 și 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, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul, codul de identificare al acestei instituții;

8. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total col. 4 de la pct.4 + total col.4 de la pct. 5 + total col. 4 de la pct. 6 + total col.4 de la pct. 7

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

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

**Situația punctajului în asistența medicală primară
trimestrul pentru stabilirea valorii definitive a punctului**

Luna	Număr puncte ¹⁾ pe trimestru	
	Total puncte ¹⁾ "per capita" ajustate luate în calculul drepturilor *	Puncte ¹⁾ pentru servicii medicale ***
1	2	3
I.		
II.		
III.		
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 de la punctul 8 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 și sumele
aferente administrării și funcționării acestor cabinete**

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

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

* Conform art. 30 alin.1) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010

** Conform art. 30 alin.1), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010

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

.....

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

Situația cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o localitate, 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. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010.

** Conform art. 30 alin.1), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010

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

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

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

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate, 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. 30 alin.(1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP –uri beneficiare
I. Pachet minimal de servicii:	x	x
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală		
2. Supraveghere și depistare boli cu potențial endemo-epidemic		
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei:	x	x
a) luarea în evidență în primul trimestru;		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;		
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;		
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;		
f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.		
4. Imunizări conform programului național de imunizări:	x	x
a) antituberculoasă - vaccin BCG;		
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;		
c) testarea PPD;		
d) antihepatită B		
e) antipoliomielitică VPO și VPI;		
f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);		
g) antirujeolică și antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;		
h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);		
i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);		
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;		
k) antirubeolică.		

5. Imunizări antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;		
6. Activități de suport-eliberare de acte medicale – certificate de deces		
7. Servicii de planificare familială:	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;		
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.		
II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ:	x	x
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală		
2. Supraveghere și depistare boli cu potențial endemo-epidemic		
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei:	x	x
a) luarea în evidență în primul trimestru;		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;		
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;		
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;		
f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.		
4. Imunizări conform programului național de imunizări:	x	x
a) antituberculoasă - vaccin BCG;		
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;		
c) testarea PPD;		
d) antihepatită B;		
e) antipoliomielitică VPO și VPI;		
f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);		
g) antirujeolică și antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;		
h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);		
i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);		
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;		
k) antirubeolică.		
5. Imunizări antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;		
6. Activități de suport-eliberare de acte medicale:	x	x
a) eliberare certificat de concediu medical		
b) eliberare certificat de deces		
c) eliberare scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
7. Servicii de planificare familială:	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;		

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.		
III Pachetul de servicii medicale de bază	x	x
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală		
2. Supraveghere și depistare boli cu potențial endemo-epidemic		
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei:	x	x
a) luarea în evidență în primul trimestru;		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;		
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;		
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;		
f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.		
4. Imunizări conform programului național de imunizări:	x	x
a) antituberculoasă - vaccin BCG;		
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;		
c) testarea PPD;		
d) antihepatită B;		
e) antipoliomielitică VPO și VPI;		
f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);		
g) antirujeolică și antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;		
h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);		
i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);		
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;		
k) antirubeolică.		
5. Imunizări antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;		
6. Vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate		
7. Activități de suport-eliberare de acte medicale:	x	x
a) eliberare certificat de concediu medical		
b) bilete de trimitere		
c) prescripții medicale		
d) eliberare certificat de deces		
e) eliberare scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
8. Servicii de planificare familială:	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;		
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.		

9. Servicii medicale profilactice - urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:	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.		
10. Servicii de promovare a sănătății - educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.		
11. Servicii medicale de prevenție:	x	x
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 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;		
c) control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare,		
d) control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, altele decât cele de la lit. c).		

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin.(2) lit. e) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

Anexa 1-j

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 PRIVIND IMUNIZĂRILE EFECTUATE*

Nr. crt.	Numele și prenumele	Codul numeric personal	Tipul imunizării**
1			
			
2			
			
...			
			

*) Desfășurătorul va cuprinde imunizările efectuate de către medicii de familie desemnați la începutul anului de direcțiile de sănătate publică în unitățile de învățământ în care nu există medic școlar sau în centrele de vaccinare pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale, conform art.2, lit. c din Anexa 2 la Ord. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010.

**) Conform Cap. I, lit. D și Cap. 3, lit. C din Anexa 1 la Ord. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul din Anexa 1-j se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune 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 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 consultații pe zi																															Total consultații	Nr. puncte** pe tip de consultație	Nr. total puncte
		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			
C1	C2	C3																															C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultații** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:																																x	x	x
1	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută:																																X		
2	Consultația medicală pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu:																																X		
3	Consultație medicală pentru monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice - examen periodic conform programării:																																		
TOTAL GENERAL																																	X		

* sunt cele cf. Cap I, lit. C pct. 3 și pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

** Tipurile de consultații și punctajele aferente sunt cele cf. tabelului de la Cap I, lit. C pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.

1.2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P. AL CONSULTAȚIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ , ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA.....

Nr. crt	CNP	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*		
			Consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută	Consultații medicale pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu	Consultații medicale pentru monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

*) Consultațiile sunt cele cf. cap I, lit. C pct. 1 și pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

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

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

Total col. C6 din tab.1.2 = col.C4 rândul 3 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.....

2.1 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	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			
C1	C2	C3																															C4	C5	C6 = C4 x C5
Consultații în cadrul pachetului minimal:																																	x	x	x
1	- consultație medicală de urgență																																		
2	- consultație medicală-pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)																																		
TOTAL GENERAL																																		x	

* Specialitățile sunt cele cf. Cap I, lit. C pct. 3 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

** Conform tabelului de la Cap I, lit. C pct. 1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

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

Nr. crt	CNP/cod de identificare	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*	
			Consultații medicale de urgență	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL				

*) Consultațiile sunt cele cf. cap I, lit. A din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Total col. C4 din tab.2.2 = col. C4 randul 1 din tab. 2.1

Total col. C5 din tab.2.2 = col. C4 randul 2 din tab. 2.1

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/competență/atestat.....
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate.....

3.1. 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	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			
C1	C2	C3																															C4	C5	C6 = C4 x C5
Consultații în cadrul pachetului facultativ:																																		X	
1	- consultație medicală de urgență																																		
2	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)																																		
3	- consultație medicală pentru afecțiuni acute intercurrente																																		
TOTAL GENERAL																																		X	

* cf. Cap I, lit. C pct. 3 și pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

** Conform tabelului de la Cap I, lit. C pct. 1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

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

Nr. crt	CNP/cod de identificare	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ*		
			Consultații medicale de urgență	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic	Consultații medicale pentru afecțiuni acute intercurrente
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

*) Consultațiile sunt cele cf. cap I, lit. B din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Total col. C4 din tab.3.2 = col.C4 randul 1 din tab. 3.1

Total col. C5 din tab.3.2 = col. C4 randul 2 din tab. 3.1

Total col. C6 din tab.3.2 = col. C4 randul 3 din tab. 3.1

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.

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de specialitate.....
(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

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

[illegible]

***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin.(2) din Anexa nr. 8 la ordinul nr. 265/408/2010

Nr. crt	CNP	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*	
			Număr consultații conexe	Număr servicii conexe
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL				

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

26

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) pct. a) și b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 265/408/2010

Nr. puncte/lună pentru consultații acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*		Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea (Col.1 x % de majorare)	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional (Col.1 x 20%) **	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care :	aferente consultațiilor de specialitate din specialitățile fitoterapie, homeopatie, planificare familială			
C1	C2	C3	C4	C5 = C1 + C3 + C4

*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 2.1 al Anexei 2-a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 3.1 al Anexei 2-a)

**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente consultațiilor de specialitate din specialitățile fitoterapie, homeopatie, planificare familială, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col.C4= (col.C1-col.C2) x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în fitoterapie, homeopatie și planificare familială.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă: Desfășurătorul din Anexa 2-c 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
Situația punctajului și a sumelor decontate pentru serviciile conexe actului medical în
asistența medicală ambulatorie de specialitate - trimestrul.....**

Luna	Total puncte¹⁾ pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate	Total sume pe trimestru decontate pentru serviciile conexe actului medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate (lei)
1.	2.	3.
I.		
II.		
III.		
TOTAL		
Nr. puncte ¹⁾ raportate în plus sau în minus într-un trimestru anterior */ Sume 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

*) 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 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 2-d 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 asigurari de sanatate.....

Anexa 2-e

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea.....

Judetul

1.1 DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA.....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr. servicii medicale		Tarif negociat * / serviciu	Total sumă contractată *	Total sumă realizată
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
TOTAL			X		

* In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010

1.2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI IN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr./dată Fișă sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti
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

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-e se întocmesc în câte doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare de zi

Casa de asigurari de sanatate.....

Anexa 2-e(continuare)

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea.....

Judetul

2.1 DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA.....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi	Nr. servicii medicale		Tarif * / caz rezolvat	Total sumă contractată *	Total sumă realizată
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
TOTAL			X		

* Tariful/caz rezolvat pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 3 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010

2.2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI IN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi	Nr./dată Fișă sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti
C0	C1	C2	C3
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

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-e se întocmesc în câte doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii, până la data prevazuta în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare de zi

Casa de asigurari de sanatate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Judetul

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

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice * / (codul)	Total investigatii paraclinice efectuate	Tarif / investigatie paraclinica contractat**	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completeaza conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

**) In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

2.Desfășurător lunar al investigatiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate in ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice * / (codul)	Total investigatii paraclinice efectuate	Tarif / investigatie paraclinica contractat**	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completeaza conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

**) In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Formularul nu va include investigatiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internati

3. Desfășurătorul pe CNP al asiguraților care au beneficiat de investigatii 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	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*/ (codul)	Numărul investigațiilor paraclinice
C1	C2	C3	C4
Subtotalul investigatiilor paraclinice efectuate pe un CNP			
.....			
TOTAL		X	

*) Se completeaza conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

Se vor atașa și fișele de solicitare pentru serviciile de înaltă performanță(RMN, CT, angiografie, scintigrafie); în cazul investigațiilor CT și RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-8ani, se vor atașa și copii ale fișelor de preanestezie

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

Casa de asigurari de sanatate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Judetul

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

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

Nr. crt.*	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP	Cod parafă medic care recomandă investigatia paraclinică	Tipul investigației paraclinice efectuate** / (codul)	Tarif / investigație paraclinică contractat***	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
				...	...	
TOTAL	X	X	X	X	X	
				...	...	
TOTAL	X	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 conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

***) În limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Nota:

1. Desfășurătoarele din Anexa 2-f se întocmesc în câte două exemplare, dintre care câte unul rămâne la furnizor iar celalalt 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-f se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicina dentara 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 medicina dentara, pentru ecografii, monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentara (inclusiv pentru 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 de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie, ca o consecință a actului medical propriu;

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

.....

Furnizor de servicii medicale.....

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.....

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

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

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

33

Judetul..... Furnizor de servicii medicale.....
 Localitatea..... Reprezentant legal.....
 Luna.....anul..... 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 PREVENTIVĂ 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

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	% decontat de CAS	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

**) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/488/2010

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-h 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.

Judetul..... Furnizor de servicii medicale.....
 Localitatea..... Reprezentant legal.....
 Luna.....anul..... 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 PREVENTIVĂ ȘI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA ASIGURAȚILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X	X		X	

**) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/488/2010

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

Judetul.....	Furnizor de servicii medicale.....
Localitatea.....	Reprezentant legal.....
Luna.....anul.....	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, IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ

Nr. crt.	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP*	Cod** serviciu	Cod formulă dentară***	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total 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. 265/408/2010

***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 NOTA 2 din Anexa nr. 7 la ordinul anterior menționat

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

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

.....

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-j se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate.....
 CNP medic de specialitate.....

1.1. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază efectuate ambulatoriu de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății, în cabinete medicale și baze de tratament

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

Nr. crt.	Tipul serviciului de recuperare-reabilitare a sănătății	Nr. servicii de recuperare-reabilitare realizate	Tariful* pe serviciu medical/caz	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
1	Consultație medicală de specialitate			
2	Servicii medicale - cazuri (cură de tratament)			
TOTAL GENERAL		X	X	

* Tariful/consultație în specialitatea de recuperare-reabilitare a sănătății, respectiv tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în bazele de tratament sunt cf. Cap IV, pct.1, respectiv pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010; 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. 265/408/2010

**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin.(9) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 265/408/2010

1.2.Desfășurătorul pe CNP al serviciilor de recuperare-reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în cabinete medicale și în baze de tratament

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

Nr. crt.	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	CNP asigurat	Număr consultații medicale de specialitate	Număr servicii medicale-cazuri (cure de tratament)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL GENERAL				

Total col. C4 din tab. 1.2 = col.C3 randul 1 din tab. 1.1

Total col. C5 din tab.1.2 = col. C3 randul 2 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-k 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

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

Nr. crt.	Tipul serviciului de acupunctură	Nr. servicii de acupunctură realizate	Tariful* pe consultație/ serviciu medical-caz	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
1	Consultație de acupunctură			
2	Servicii de acupunctură -cazuri			
TOTAL GENERAL		X	X	

* Tariful/consultație, respectiv tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură sunt cf. Cap I, lit. C, pct.5 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.

**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 265/408/2010

1.2. Desfășurătorul pe CNP al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	CNP asigurat- caz de recuperare reabilitare a sănătății realizat	Număr consultații de acupunctură	Număr servicii de acupunctură -cazuri
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL GENERAL				

Total col. C4 din tab.1.2 = col.C3 randul 1 din tab. 1.1

Total col. C5 din tab.1.2 = col. C3 randul 2 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-I 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 NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL 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 externate raportate la SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate si nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
TOTAL SPITAL				

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREȘTI
 Director general

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL 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 si raportate la SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate (reinternate și transferate)*, raportate și validate de SNSPMPDMB	ICM realizat	Coeficientul cazurilor extreme - K
TOTAL SPITAL					

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

*) conform art. 70 alin.(3) și (4) din HG nr. 262/2010

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREȘTI
Director general

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

2.1 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	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat ²	Suma de plată*
1	2	3 = 1 x 2	4	5 = 3 x 4

¹ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 265/408/2010

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 265/408/2010

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul de la pct. 2.1 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

2.2 DESFĂȘURATOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE PE LUNAANUL.....

Nr. cazuri externe, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	ICM contractat ²	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat ³	Suma realizată*	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ⁴
1	2	3	4 = (1-2) x 3	5	6 = 4 x 5	7

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

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 265/408/2010

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 265/408/2010

⁴ Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. 6 din desfășurătorul 2.2 și suma din col. 5 din desfășurătorul 2.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul de la pct. 2.2 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

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

Nr. cazuri externate raportate si validate ¹	Nr. cazuri externate (reinternate și transferate) raportate si validate ¹	ICM realizat ²	Nr. cazuri ponderate validate	Nr. cazuri (reinternate și transferate) ponderate validate	Tarif pe caz ponderat ³	Coeficientul cazurilor extreme – K ⁴	Suma contractată	Suma realizată*
1	2	3	4= 1x3	5=2x3	6	7	8	9=(4x6x7)+(5x6x50%x7)

¹ Conform raportului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin; Numărul de cazuri nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului; datele din col. 2 sunt raportate în conf. cu art. 70 alin. (3), respectiv la alin.(4) din HG nr. 262/2010 iar decontarea acestora se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat;

² Conform raportului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin, dar nu mai mare decât cel stabilit conform Anexei nr. 17 a) la Ordinul nr. 265/408/2010

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 265/408/2010; decontarea cazurilor prevăzute la art. 70 alin. (3), respectiv la alin.(4) din HG nr. 262/2010 se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat;

⁴ Conform raportului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010; 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 aceasta dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREȘTI

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

LUNA/TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....

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

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL 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 SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ¹	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată***
1	2	3	4	5	6= 2x4x5 sau 6=3 x 5
TOTAL SPITAL					

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale

**) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie –prematuri mici și foarte mici, TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.6 = col. 3 x col. 5

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

¹ Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 265/408/2010 pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioara ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ³
1	2	3	4	5	6	7= (2-3)x5x6 sau 4 x 6	8
TOTAL SPITAL							

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale

**) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie –prematuri mici și foarte mici, TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.7 = col. 4 x col. 6

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

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

2 Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 265/408/2010 pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent

³ Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. 7 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. 6 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr. zile de spitalizare contractat	Nr. zile de spitalizare realizat	Tarif/zi de spitalizare contractat	Suma contractată	Sumă realizată**
0	1	2	3	4=1x3	5=2x3
TOTAL SPITAL					

*) Compartimente de îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) , ultima teză din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-d se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) si 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

Anexa 3-d bis

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURE DIN ALTE SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr.cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate, raportate și validate	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compart., contractat	Suma contractată	Suma realizată***
1	2	3	4	5	6	7= 2x5x6	9= 3x5x6 sau 4x6
TOTAL SPITAL							

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale

**) Se va completa trimestrial pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal și cele 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 se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.9 = col. 5 x col. 7

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010; 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 această dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

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

² Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 265/408/2010 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 medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul din Anexa 3-d bis 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 NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREȘTI

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

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate (reinternate și transferate)**, raportate și validate de SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
TOTAL SPITAL				

*) Compartiment de acuți aprobat prin ordin al ministrului sănătății ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici și de recuperare
 Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Medical București (SNSPMPDMB) către spital și casele de asigurări de sănătate

**) conform art. 70 alin.(3) și (4) din HG nr. 262/2010; se completează doar la raportul trimestrial

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREȘTI
 Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 265/408/2010, 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**
1	2	3	4= 2x3
TOTAL SPITAL			

*) Compartiment de acuți aprobat prin ordin al ministrului sănătății ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici și de recuperare

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

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 DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 265/408/2010, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externe realizate	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
1	2	3	4	5= (2-3)x4	6
TOTAL SPITAL					

*) Compartiment de acuți aprobat prin ordin al ministrului sănătății ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici și de recuperare

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010

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

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. 5 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. 4 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

DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 265/408/2010, 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/compartiment*	Nr. cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate raportate și validate	Nr. cazuri externate (reinternate și transferate), raportate și validate ¹	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat ²	Suma contractată	Suma realizată**
1	2	3	4	5	6= 2x5	7= (3x5)+(4x5x50%)
TOTAL SPITAL						

*) Compartiment de acuți de sine stătător aprobat prin ordin al ministrului sănătății în structura spitalelor de cronici și de recuperare

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 265/408/2010; 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 aceasta dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

¹ Conform raportului din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin; datele din col. 4 sunt raportate în conf. cu art. 70 alin. (3), respectiv la alin.(4) din HG nr. 262/2010, iar decontarea acestora se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat;

² decontarea cazurilor prevăzute la art. 70 alin. (3), respectiv la alin.(4) din HG nr. 262/2010 se realizează în procent de 50% din tariful mediu pe caz rezolvat;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN
REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF/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. 265/408/2010	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. 265/408/2010. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010

**) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 alin.(1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-h se întocmește 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 ÎN 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. 265/408/2010	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	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 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

**2.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN
REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT, PENTRU
LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical efectuat in regim de spitalizare de zi	Nr. servicii medicale		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 realizata se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010. Trimestrial suma realizata se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010

**) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 alin.(1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 2.1 din Anexa 3-h se întocmește 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

2.2. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ȘI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....

Denumire serviciu medical efectuat in regim de spitalizare de zi	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	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.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 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 medicala, diabet zaharat, nutriție si boli metabolice și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 47, alin. (2) , lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010*

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

Precizare:

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

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

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

Precizare :

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

Răspundem de realitatea si 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

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE

Luna/Trim

Tip autovehicul	Total Km echivalenți in mediul urban		Total Km realizati pentru mediul rural		Tarif pe km negociat și contractat *	Coeficient de ajustare corespunzator timpilor de asteptare**	Total sumă		Suma decontată***
	Contractați	Echivalenți parcurși	Contractați	Efectiv realizați			Contractată	Realizată***	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 =C6x(C2+C4)	C9	C10 = C8 sau C9
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor medicale de urgență					x	x			
Subtotal 2 - km aferenți serviciilor de transport sanitar					x	x			
						x			
						x			
Subtotal 3 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu					x	x			
TOTAL(subtot.1+subtot. 2+subtot. 3)					x	x			

*) Se stabileste in limita tarifulor maximele prevazute la art. 7 alin.(1) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010

**) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare sunt prevăzuți la art. 7 alin. (2) și se aplică în condițiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010

***) $C9 = (C3 + C5) \times C6$ sau $C9 = (C3 + C5) \times C6 + [(C2 - C3) + (C4 - C5)] \times C6 \times C7$, după caz; Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin.(2) și alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

Notă:

Desfășurătorul din Anexa 4-a se întocmește 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

Luna/TrimANUL.....

Tip ambarcațiune	Total mile		Tarif pe milă negociat și contractat *	Coeficient de ajustare corespunzător timpilor de așteptare*	Total sumă		Suma decontată**
	Contractate	Efectiv parcurse			Contractată	Realizată**	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 =C2 xC4	C7 = C3 x C4 sau C7 = (C2 x C4) + (C2-C3)xC4xC5	C8= (C6 sau C7)
Subtotal 1 - mile aferente serviciilor medicale de urgență			X	X			
Subtotal 2 - mile aferente serviciilor de transport sanitar			X	X			
				X			
				X			
Subtotal 3 - mile aferente consultațiilor de urgență la domiciliu			X	X			
TOTAL(subtot.1+subtot. 2+subtot. 3)			X	X			

*) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare se stabilesc conform art. 5 (2) lit. b din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010 .

**) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

.....

Notă:

Desfășurătorul din Anexa 4-b se întocmește 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

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de intervenție*	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat și contractat	Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare***	Total suma		Suma decontată****
			Contractat	Realizat**			Contractat	Realizat	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = C3 \times C5 \times 1$	$C8 = C4 \times C5 \times C6$	$C9 = (C7 \text{ sau } C8)$
TOTAL		X			X				

*) Tipurile de mijloace specifice de intervenție sunt potrivit art. 6 din Anexa 22 la Ord. nr. 265/408/2010; În cazul autoturismelor de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultatii de urgență la domiciliu, raportarea datelor se va face conform formularelor din Anexa 4-d

**) Numărul de solicitări realizat nu poate fi mai mare decât numărul de solicitări calculat : Numărul de solicitări contractat / Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare.

***) Reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de așteptare, definit la art. 5 alin.(2) lit.d) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.

Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare =
$$\frac{\text{Timpul de așteptare realizat}}{\text{Timpul de așteptare contractat}} =$$

Timpul de așteptare realizat =

Timpul de așteptare contractat =

****) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010 .

1.2. Evidenta dupa cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenta

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	CNP*		
		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 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.Desfășurătorul se întocmește 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

2. Desfășurătorul se completeaza distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule si pe apa;

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTATIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție transport pe apă pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. C din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat și contractat	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 acordate de medicii din unitatile medicale specializate					x			
TOTAL(subtotal. 1+ subtotal. 2)					X			

*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010

1.2. Evidenta dupa cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenta

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. C din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	CNP*		
		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 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.Desfășurătorul se întocmește 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

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

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

Localitatea.....

Judetul.....

LUNAANUL.....

[illegible]

***) conform art. 2 alin.(2), art. 5 alin.(2) și art. 9 alin.(3) din Anexa nr. 25 la Ordinul nr. 265/408/2010

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

2. Desfășurătorul din Anexa 5-a se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

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

LUNAANUL.....

Nr. crt.	Codul numeric personal al asiguratului	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 începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârșitului 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**	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu *	Total nr. servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative acordate, pe tipuri
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10

total col.C8 = total col. C4 din Anexa 5-a

total col.C10 = total col. C3 din Anexa 5-a

*) Se completează conform Pachetului de servicii medicale de baza pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu cuprins în Anexa nr. 24 la Ordinul nr. 265/408/2010

**) Conform Art.9 din alin. (3) din Anexa nr. 25 la Ord. nr. 265/408/2010

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 asistenta balneara	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *	Suma contractata**	Total sumă realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7 = C4xC5
TOTAL				X		

*) Se stabileste conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 265/408/2010

**) Reprezinta suma negociata diminuată corespunzător cu contributia personala a asiguratilor, conform art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 265/408/2010

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizeaza in conformitate cu prevederile art.2 și art. 6 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 265/408/2010; Col. C7 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1, alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 28 la ordin.

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

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

Nr. crt.	C.N.P.	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
TOTAL		

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă:

Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) si trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul ramâne la furnizor, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta in 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.	Sectia	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *	Suma contractata	Total sumă realizată**
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7 = C4xC5
TOTAL				X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 265/408/2010

**) 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. 265/408/2010;

1.2 Desfășurătorul-C.N.P.-urilor 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.	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
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.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie/ Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu

.....

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

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Afecțiunile oncologice					
1.					
2					
...					
2. Diabetul zaharat					
1.					
2					
...					
3. Starea posttransplant					
1.					
2					
...					
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică)					
1.					
2					
...					
5. Insuficiența renală cronică în dializă și predializă (G25)					
1.					
2					
...					

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

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1.Proceduri interventionale percutane după implantarea unui stent (G3)					
1.					
2					
...					
2.Hepatita cronică de etiologie virală (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					
...					

*) 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.

Notă:

1. În situația în care o persoana 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. Formularul din Anexa 7-a se întocmește 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:

Anexa 7-b

Casa de asigurări de sănătate

.....
Furnizorul de servicii medicale..... Reprezentantul legal al furnizorului
Localitatea.....
Județ..... Medic de familie/Medic de specialitate din ambulatoriu

.....
(nume prenume)
CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu
.....

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

I .Intrări/Ieșiri în/din evidență

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Afecțiunile oncologice					
1.					
2					
...					
2. Diabetul zaharat					
1.					
2					
...					
3. Starea posttransplant					
1.					
2					
...					
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică)					
1.					
2					
...					
5. Insuficiența renală cronică în dializă și predializă (G25)					
1.					
2					
...					

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

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1.Proceduri interventionale percutane după implantarea unui stent (G3)					
1.					
2					
...					
2.Hepatita cronică de etiologie virală (G4)					
1.					
2					
...					
3.Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2					
...					
4.Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii 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					
...					

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

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

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

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie, medicului de specialitate din ambulatoriu *	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
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)				
5. Insuficiența renală cronică în dializă și predializă (G25)				
B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS				
1. Proceduri interventionale				

percutane după implantarea unui stent (G3)				
2.Hepatita cronică de etiologie virală (G4)				
3.Ciroza hepatică (G7)				
4.Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cornice 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)				
TOTAL				

*) Conform Anexei nr. 39A la Ordinul nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010

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: