



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 176 (XX) — Nr. 394 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 26 mai 2008

SUMAR

	<u>Pagina</u>
Anexele nr. 1-a—6-a la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 329/2008 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale	4–64

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale*)

Având în vedere:

— art. 14 lit. d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 324/2008;

— Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008;

— Referatul Direcției generale relații cu furnizorii, planificare și prognoză nr. DGRFPP/250 din 22 aprilie 2008,

în temeiul prevederilor art. 281 alin. (2) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și 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 utilizarea formularelor 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-m.

(3) Se aprobă utilizarea formularelor 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-j.

(4) Se aprobă utilizarea formularelor 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-e.

(5) Se aprobă utilizarea formularelor 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 utilizarea formularelor 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.

(7) Formularele menționate la alin. (1)—(6) se utilizează împreună cu formularele tipizate de „Factură” fără TVA.

Art. 2. — (1) Anexele nr. 1-a—6-a 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 Asigurarilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de către Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, potrivit formularelor aprobate prin prezentul ordin.

Art. 4. — (1) Formularele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru 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 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

*) Ordinul nr. 329/2008 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 394 din 26 mai 2008 și este reprodus și în acest număr bis.

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, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate;

d) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, 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. 26/2007 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 92 și 92 bis din 6 februarie 2007, 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 vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

București, 23 aprilie 2008.
Nr. 329.

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 ASIGURAȚILOR ÎNSCRIȘI

Grupa de vârstă*)

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01.2008 *	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 se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008. 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

Nr. crt.	Nume și prenume	Cod numeric personal	Adresa	Vârsta la 01.01. 2008	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
:							
N							

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 în cazul contractelor încheiate pentru medici nou veniți și numai în format electronic pentru furnizorii care au avut contracte 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 asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale pe baza anexei 1-c) și/sau în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate .

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Semnătura și parafa medicului de familie,

.....

Validat 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
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul Lege nr. 118/1990, republicat modificat prin O.G. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000	10
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994	11
Persoane prevăzute la art. 3 alin.(1) lit.b) din Legea nr. 341/2004	12
Militari în termen	13
Persoane cu vârsta de peste 18 ani care fac parte din familii beneficiare de ajutor social în baza Legii nr. 416/2001	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	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

* Pentru persoanele nou înscrise pe listă în aceste situații se vor atașa la fișa medicală actele doveditoare

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. MIȘCAREA LUNARĂ A ASIGURAȚILOR ÎNSCRIȘI 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 la 01.01. 2008 *	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.
sub 1 an – total din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
1-4 ani – total din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
5 - 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 fără medic încadrat				
TOTAL				

La grupa de vârstă 5-59 : totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate

II. 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 la 01.01. 2008 *)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
....							

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Semnătura și parafa medicului de familie,

.....

Notă:

Mișcarea asiguraților pe grupe de vârstă se face anual, la data de 1 ianuarie, luând în considerare vârsta împlinită la acea dată. Excepție fac asigurații din grupa de vârstă sub 1 an, pentru care trecerea în grupa de vârstă următoare se face în luna următoare împlinirii vârstei de 1 an.

*) 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 în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

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. pers.la sfârșitul lunii precedente	Nr. puncte rezultat (col.2 x col.3)
1	2	3	4
Sub 1 an	14,5		
	18,5		
1-4 ani	12		
	16		
5-59 ani	10		
	13		
	12,5		
60 ani și peste	12,5		
	14,5		
TOTAL	X		

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite :

I.)

a) Dacă total col.4 mai mic de 23.000 --> Total col.4 =

b) Dacă total col.4 este cuprins între 23.000 – 29.000 --> $23.000 + (\text{Total col.4} - 23.000) \times 0,75 = \dots\dots\dots$ c) Dacă total col. 4 este cuprins între 29.001 – 35.000 --> $23.000 + (29.000 - 23.000) \times 0,75 + (\text{Total col.4} - 29.000) \times 0,50 = \dots\dots\dots$ d) Dacă total col. 4 este de peste 35.000 --> $23.000 + (29.000 - 23.000) \times 0,75 + (35.000 - 29.000) \times 0,50 + (\text{Total col.4} - 35.000) \times 0,25 = \dots\dots\dots$

e) Reducerea numărului de puncte “per capita” nu se aplică în următoarele situații:

- Pentru cabinetele medicale cărora li se aplică majorări ale punctelor „per capita”, stabilite potrivit criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, aprobate prin ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- Pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au un medic angajat cu contract individual de muncă;

Total col.4 =

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 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008 și care beneficiază în primele 3 luni de la încheierea contractului :

Anexa 1-d(continuare)

- 80 % din numărul total de puncte rezultat conform pct.I, lit. a) sau b) sau c) sau d) sau e) =

III) 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. I, lit.e) /12 luni sau pct. II/12 luni

2. Corecția numărului de puncte „per capita” în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea:

a)

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1, subpct. III din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie	Ajustarea numărului de puncte "per capita" pe lună		Total număr de puncte lunar (col.1 ± col.2 + col.3)
	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col.1 x procent de majorare/ diminuare)	Condiții în care se desfășoară activitatea (col.1 x procent de majorare)	
1.	2.	3.	4.

b) Pentru cabinetele medicale individuale care au un medic angajat cu contract individual de muncă

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. III din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie	Ajustarea numărului de puncte "per capita" pe lună			Total număr de puncte lunar (col.1 ± col.2 ± col.3+col.4)
	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului titular*	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului angajat**	Condiții de muncă (col.1 x procent de majorare)	
1.	2.	3.	4	5

Notă :

*) corecția în raport cu gradul profesional al medicului titular se aplică la un număr de puncte de până la 23.000 inclusiv;

**) corecția în raport cu gradul profesional al medicului angajat se aplică pentru punctele rezultate prin diferența între punctele din col.1 și cele la care se aplică corecția în raport cu gradul profesional al medicului titular; (23.000 puncte)

3. Recapitulatie 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.lit. a) col.4 sau pct.2.lit.b) col.5	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.

Anexa 1-d(continuare)

4. Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/lună/consult./cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Imunizări	X	X	*)
2. Examen de bilanț copii :			
- la externarea din maternitate la domiciliul copilului	15		
- la 1 lună, la domiciliul copilului	15		
- la 2 luni	8		
- la 4 luni	8		
- la 6 luni	8		
- la 9 luni	8		
- la 12 luni	8		
- la 15 luni	6		
- la 18 luni	6		
3. Examen de bilanț anual al asiguraților cu vârsta cuprinsă între 2 – 18 ani	3		
4. Control medical al asiguraților în vârstă de peste 18 ani	3		
5. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență	40/lună		
6. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist	20/caz confirmat		
7. Supravegherea gravidei și urmărirea leuzei la externarea din maternitate – la domiciliu și la 4 săptămâni de la naștere	X	X	**)
8. Controale periodice-epicriză de etapă pentru unele afecțiuni care necesită dispensarizare :			
- insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV (NIHA)	3/caz		
- diabet zaharat tip II – pentru asigurații aflați în tratament cu antidiabetice orale	5/caz		
- HTA cu AVC	3/caz		
9. Consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru	10/consultație		
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

*) Se va trece totalul din Anexa 1-e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

***) Se va trece total pct. 8 col. 4 din Anexa 1-f

Notă:

Formularul de la punctul 4 : „ Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază “ va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical (exceptând imunizările, care se raportează conform precizărilor de la Anexa 1-e raportările serviciilor medicale efectuate, pe cod numeric personal (CNP)/cod de identificare;

Anexa 1-d (continuare)

5. Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/solicitări/cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Imunizări	X	X	*)
4. Servicii de planificare familială	4/solicitare		
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări :

*) Se va trece totalul din Anexa 1-e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale ;

Notă:

1. Serviciile medicale prevăzute la pct. 1 din formularul de la pct. 5: se raportează și se decontează o singură consultație pe persoană pentru fiecare situație de urgență, cu menționarea diagnosticului în lista specificată la punctul 2 din prezenta notă;

2. Formularul de la punctul 5: „Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale” va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical (exceptând imunizările, care se raportează conform precizărilor de la Anexa 1-e) raportările pe cod numeric personal (CNP) a serviciilor medicale efectuate

3. Serviciile medicale prevăzute la pct. 4 din formularul de la pct. 5: se decontează un singur serviciu medical (consiliere de planificare familială a femeii și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc) la o perioadă de minimum 3 luni.”

6. Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/solicitări/cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Supravegherea gravidei și urmărirea leuzei la externarea din maternitate – la domiciliu și la 4 săptămâni de la naștere	X	X	*)
4. Imunizări	X	X	**)
5. Servicii medicale curative	3 /solicitare		
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	X		

Anexa 1-d(continuare)

Precizări :

*) Se va trece total pct. 8 col. 5 din Anexa 1-f

***) Se va trece totalul din Anexa 1- e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Notă:

Formularul de la punctul 6 „, Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ ” va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical (exceptând imunizările, care se raportează conform precizărilor de la Anexa 1-e efectuat raportările pe cod de identificare a persoanelor beneficiare a acestor servicii medicale

7. Punctajul pentru servicii medicale acordate cetățenilor (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) ai statelor membre ale Uniunii Europene:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. solicitări/ persoane beneficiare/ca zuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Servicii medicale curative	3 /solicitare		
TOTAL			

Notă:

Formularul de la punctul 7: „, Punctajul pentru servicii medicale acordate cetățenilor (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) ai statelor membre ale Uniunii Europene” 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 cardul, 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: Formularele 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 în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de asigurări de sănătate

Anexa 1-e

Furnizor de servicii medicale

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Localitate

Medic de familie

Județ

(nume prenume)

CNP medic de familie

DEFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU IMUNIZĂRI ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ / PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV

PENTRU LUNA

Denumirea serviciului medical	Total persoane catagrafiate din: *			Procent realizat de imunizări **	Nr. imunizări egal cu 95%		Nr. imunizări ce depășesc 95%		Nr. puncte/ imunizare aferent la peste 95% din imunizări	Nr. puncte/ imunizare	Nr. total puncte pe luna	
	lista proprie	școli	școli		lista proprie	școli	lista proprie	școli				
C1	C2	C3	C4	C5	C6=(C4+C5)/(C2+C3)x100	C7=95x(C2)/100	C8=95x(C3)/100	C9=C4-C7	C10=C5-C8	C11	C12	**):C13=(C7+C8)*C11+(C9+C10)*C12
I. Imunizări conform programului național de imunizări:												
a) antituberculoasă vacin BCG								4		4	8	
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatrizei post primă vaccinare								4		4	8	
c) testare PPD								4		4	8	
d) antihепatita B								4		4	8	
e) antipoliomielitica VPO și VPI								4		4	8	
f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)								4		4	8	
g) antinefelic și antinefelică-antituberculoză/antidiftană								4		4	8	
h) împotriva difteriei, tetanosului - DT (revaccinare)								4		4	8	
i) împotriva difteriei, tetanosului - la adulți dT (revaccinare)								4		4	8	
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA								4		4	8	
k) antitubercolică								4		4	8	
l) antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut								4		4	8	
III. alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice								4		4	8	
TOTAL								4		4	8	

*): Reprezintă asigurările de pe lista proprie + pers. neînscrise pe lista proprie dar repartizate de către ASP medicului de familie pt efectuarea imunizărilor în școli conform art. 1 alin. 3) lit.a din Anexa 2 la Ordinul nr. 522/236/2008

**): Dacă procentul realizat este sub 95% nu se completează coloanele 7-10. În acest caz numărul total de puncte din col.13 va fi (C4+C5)x C11

Notă:

1. În cazul în care forma de prezentare a vaccinurilor include mai multe tipuri de vaccin nominalizate mai sus și care necesită o singură inoculare, acestea se raportează o singură dată (inocularea respectivă) cu o notă explicativă care să cuprindă tipurile de vaccin administrate în inocularea respectivă și cu confirmarea autorității de sănătate publică
2. Formularul se va completa separat pentru fiecare pachet de servicii medicale (pachet de servicii medicale de bază ; pachet de servicii medicale de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ)

Formularul se întocmește în două exemplare de către medicul de familie pentru fiecare pachet de servicii medicale (pachet de servicii medicale de bază + pachet minimal de servicii medicale+pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ), din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară.

Formularul va fi însoțit de lista cuprinzând raportările nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate, avizată de autoritatea de sănătate publică;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Semnătura și parafă medicului de familie

Anexa 1-f
(continuare)

8.-Supravegherea gravidei	Numar gravide asigurate din lista proprie consultate	Numar gravide consultate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ	Nr. puncte	Nr. total puncte pe lună - pachet bază	Nr. total puncte pe lună - pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ
0	1	2	3	4 = 1 x 3	5 = 2 x 3
Luarea în evidență în primul trimestru			10		
Supravegherea:					
luna a 3-a			8		
luna a 4-a			8		
luna a 5-a			8		
luna a 6-a			8		
luna a 7-a			8		
luna a 8-a			8		
luna a 9-a inclusiv			8		
Urmărirea lehuzei:					
- la externarea din maternitate - la domiciliu			8		
- la 4 săptămâni de la naștere			8		
Total pct.8					
TOTAL GENERAL			x		

* Se completează și se atașează la factura lunară prezentată casei de asigurări de sănătate de către fiecare medic de familie

** Se acordă pe caz trimis la medicul specialist și confirmat de acesta

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Semnătura și parafa medicului de familie

.....

Nota: Formularul din Anexa 1-f se întocmește în două exemplare de către medicul de familie, din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară;

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. 4 din tabelul de la pct. 2 lit.a) sau total Col.5 din tabelul de la pct.2 lit. b) 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 CU FURNIZORII
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE
.....

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.

Anexa 1-h

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 lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008

** Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CU FURNIZORII
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE
.....Întocmit,
.....**Notă:**

Formularul din Anexa 1-h 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-i

Casa de asigurări de sănătate
.....**Raportare trimestrială a caselor de asigurări
de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate****Situația cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o localitate, 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. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008.

** Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008

*** 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 CU FURNIZORII
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE
.....

Întocmit,
.....

Notă: Formularul din Anexa 1-i 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.

Anexa 1-j

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

FORMULARUL 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 lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Formularul din Anexa 1-j 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 în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Anexa 2-a

Reprezentantul legal al furnizorului

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

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

1. Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de baza, efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Specialitatea*	Număr consultații pe zi																															Total consultații/servicii medicale	Nr. puncte* pe tip de consultație/serviciu medical	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	Pachet de servicii medicale de baza	C																															C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultatii:																																		
1	Consultatii inițiale total, din care:																																		
	- Copii cu vârsta 0-1an																																		
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																		
	- Adulți și copii peste 5 ani																																		
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																		
2	Consultatii de control total, din care:																																		
	- Copii cu vârsta 0-1an																																		
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																		
	- Adulți și copii peste 5 ani																																		
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																		
3	Consultatii specifice din care**:																																		
	- initiala																																		
	- de control																																		
4	Consultatii specifice conexe din care**:																																		
	- initiala																																		
	- de control																																		
B.	Servicii medicale**:																																		
1	Servicii specifice specialitati																																		
2	Servicii conexe																																		
TOTAL GENERAL																																			

* Specialitățile și punctajele aferente consultațiilor și serviciilor medicale sunt cele cf. Cap 1, lit. A și B pct.1, din Anexa 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

** Consultațiile și serviciile medicale aferente sunt cele cf. Cap 1, lit. B pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 522/236/2008 . Se pot completa numai codurile consultațiilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate

Anexa 2-c

Casa de asigurări de sănătate

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

Localitate.....

Județ..... Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

Număr 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. 522/236/2008

Nr. puncte/ lună pentru consultații inițiale, de control și specifice specialității*		Nr. puncte/ lună pentru servicii medicale **		Nr. total puncte/ lună	Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile de muncă (Col.5 x % de majorare)	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional (Col.5 x 20%) ***	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care	afere nte con sultat iilor con exe	Total din care	afere nte serviciilor con exe				
C1	C2	C3	C4	C5 = C1+C3	C6	C7	C8 = C5 +C6 +C7

*) Tot. col. C1 = (col. C6, lit. A, rd.1+ col. C6, lit. A, rd.2+ col. C6, lit. A, rd.3+ col. C6, lit. A, rd.4) din tab. 1 al Anexei 2-a + col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1 al Anexei 2-b + (col. C6 lit. A, rd. 1+ col. C6 lit. A, rd. 2 + col. C6 lit. A, rd. 3 + col. C6 lit. A, rd. 4 + col. C6 lit. C rd. 1+ col. C6 lit. C rd. 2 + col. C6 lit. C rd. 3+ col. C6 lit. C rd. 4) din tab. 1 al Anexei 2 – b bis

**) Tot. col. C3 = (col. C6, lit. B rd. 1+ col. C6, lit. B rd. 2) din tab. 1 al Anexei 2-a + (col. C6, lit. B rd. 1+ col. C6, lit. B rd. 2) din tab. 1 al Anexei 2-b bis

***) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col.C7=[(col.C1-col.C2)+(col.C3-col.C4)] x 20%. De asemenea majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială precum și furnizorilor de servicii conexe actului medical.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

Semnătura și parafa medicului de specialitate,

.....

.....

Notă: Formularul din Anexa 2-c se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

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

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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CU FURNIZORII
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE
.....

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. DESFĂȘURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN UNITĂȚI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE ȘI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MSP SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII

LUNA.....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008	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		

* În 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. 522/236/2008

2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN UNITĂȚI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE ȘI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MSP SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII

LUNA

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr./dată Fișă sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicești
C0	C1	C2	C3
TOTAL	X	X	

Total col.C3 = total col. C2 din tabel 1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura și parafa medicului

.....

.....

Notă: 1. Formularul din Anexa 2-e se întocmește în 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, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din Anexa 2-e se utilizează de către furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice

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

Anexa 2-e bis

1. DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA EFECTUATE IN UNITATI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE SI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MSP SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII

LUNA

Nr. Bolnavi		Nr. Sedinte		Tarif negociat/sedinta*	Suma contractata	Suma realizata
Cazuri contractate	Cazuri realizate	Contractate	Realizate			
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C1 \times C3 \times C5$	$C7=C2 \times C4 \times C5$

*) 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. 522/236/2008

Nota: casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 3 sedinte pe saptamana pe bolnav

2. EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA

LUNA

CNP beneficiar	Nr./dată Fișă sau Registru de consultatie	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Numar sedinte realizate
C1	C2	C3	C4
TOTAL	X	X	

Total col.C1 din tab.2 = total col.C2 din tab.1

Total col.C4 din tab.2 = total col.C4 din tab.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă:

Formularul din Anexa 2-e bis se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii de servicii medicale de hemodializă efectuate în unități sanitare ambulatorii

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

1.Desfășurător lunar al investigațiilor 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**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

2.Desfășurător lunar al investigațiilor 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**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

Nota:

1. Formularul din Anexa 2-f se întocmește în 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 paraclinice, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.
2. Formularul din Anexa 2-f se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice, pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice

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

1.Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani), efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie

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

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice * / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif / investigație paraclinica contractat**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL				X

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

2.Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani), efectuate in ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate

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

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice * / (codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif / investigație paraclinica contractat**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL				X

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

Notă:

1. Formularul din Anexa 2-g se întocmește în două 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, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din Anexa 2-g se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice

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

1. Lista 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)	Tariful investigației efectuate (lei)	Filtratul glomerular estimat**)
C1	C2	C3	C4	C5
Subtotalul investigatiilor paraclinice efectuate pe un CNP				x
TOTAL				

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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)

Total col.C3 = (tot. Col. C3 din tab. 1+ tot. col. C3 din tab.2) din Anexa 2-f

Total col.C4 = (tot. Col. C5 din tab. 1+ tot. col. C5 din tab.2) din Anexa 2-f

**) Se completează doar pentru creatinina serică, la fiecare determinare a acestei investigații paraclinice.

Corespunzător fiecărui CNP al persoanei beneficiare se va trece în tabel explicit formula de calcul conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008 și rezultatul obținut si se va specifica metoda de determinare a creatininei;

2.Lista asiguraților care au beneficiat de investigatii paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani), efectuate in ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate

LUNA.....

ANUL.....

Nr. crt.	Cod de identificare	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*/ (codul)	Tariful investigației efectuate (lei)	Filtratul glomerular estimat**)
C1	C2	C3	C4	C5
Subtotalul investigatiilor paraclinice efectuate pe un cod de identificare				x
TOTAL				

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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)

Total col.C3 = (tot. Col. C3 din tab. 1+ tot. col. C3 din tab.2) din Anexa 2-g

Total col.C4 =(tot. Col. C5 din tab. 1+ tot. col. C5 din tab.2) din Anexa 2-g

**) Se completează doar pentru creatinina serică, la fiecare determinare a acestei investigații paraclinice.

Corespunzător fiecărui CNP al persoanei beneficiare se va trece în tabel explicit formula de calcul conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008 și rezultatul obținut si se va specifica metoda de determinare a creatininei;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

Notă:

1. Formularul din Anexa 2-h se întocmește în doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.
2. Formularul din Anexa 2-h se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografi și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice

Casa de asigurări de sănătate.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Județul

**A. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare efectuate în unitati
sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare**

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

Nr. crt.	Tipul serviciului medical de recuperare-reabilitare *	Total servicii medicale de recuperare-reabilitare efectuate în cabinete medicale	Tarif/ serviciu medical de recuperare-reabilitare **	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5=C3 x C4
	I. Servicii medicale efectuate în cabinete medicale:	X	X	X
	Subtotal I		X	
	II. Servicii medicale efectuate în bazele de tratament***:	X	X	X
	Subtotal II		X	
	TOTAL GENERAL		X	

*) Se completează conform Cap. IV pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

**) Conform Cap. IV pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008 . Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la art.15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 522/236/2008

***) Serviciile medicale de recuperare acordate în bazele de tratament se raportează conform prevederilor art.15 alin. (3) lit.b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 522/236/2008

Anexa 3-a

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

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

Secția	Nr. cazuri externe raportate la SNSPMS	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMS	Nr. cazuri externe raportate și nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
TOTAL SPITAL				

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar(SNSPMS) către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Anexa 3-a (continuare)

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

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

TRIMESTRUL / TRIMESTRELE ANUL.....

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la SNSPMS	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMS	ICM realizat	Coefficientul cazurilor extreme - K
TOTAL SPITAL				

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar(SNSPMS) către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Anexa 3-b

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. 522/236/2008

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 522/236/2008

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 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

Anexa 3-b (continuare)

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	$4 = (1-2) \times 3$	5	$6 = 4 \times 5$	7

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

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 522/236/2008

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 522/236/2008

⁴ Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. 6 din formularul 2.2 și suma din coloana 5 din formularul 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. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 2.2 din Anexa 3-b se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Anexa 3-b bis

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 externe raportate si validate ¹	ICM realizat ²	Nr. cazuri ponderate validate	Tarif pe caz ponderat ³	Coeficientul cazurilor extreme - K ⁴	Suma contractata	Suma realizata*
1	2	3 = 1 x 2	4	5	6	7 = 3 x 4 x 5

¹ Conform formularului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

² Conform formularului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 522/236/2008

⁴ Conform formularului 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. 522/236/2008

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului

Notă: Formularul 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

Anexa 3-c

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

**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 externe raportate la SNSPMS	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMS	Nr. cazuri externe raportate și nevalidate
TOTAL SPITAL			

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) din alte spitale
Formularile se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar(SNSPMS) către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Anexa 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 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 PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externe 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 publice în structura spitalelor) din alte spitale

**) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele recuperare pediatrică-distrofici, pneumologie - TBC, 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita 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 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. 522/236/2008

¹ Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 522/236/2008. 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita 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: Formularul 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

Anexa 3-d(continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 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 - PREMĂTURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externe, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate în luna anterioară 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 publice în structura spitalelor) din alte spitale

**) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele recuperare pediatică-distrofici, pneumologie -TBC, 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita 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 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. 522/236/2008

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

² Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 522/236/2008. 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 urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 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

Anexa 3-d (continuare)

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	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					

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b), ultima teză din Anexa nr.17 la Ord. nr. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului

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

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 - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr.cazuri externe contractate	Nr. cazuri externe, raportate	Nr. cazuri externe, raportate și nevaldate ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durată optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compart., contractat	Suma contractată	Suma realizată***
1	2	3	4	5	6	7	8= 2x6x7	9= (3-4)x6x7 sau 5 x7
TOTAL SPITAL								

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) 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. 522/236/2008

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

² Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 522/236/2008. 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: Formularul 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

Anexa 3-e

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

**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 SNSPMS	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMS	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
TOTAL SPITAL			

*) Compartiment de acuzi aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici și de recuperare
Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar(SNSPMS) către spital și casele de asigurări de sănătate

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Anexa 3-f

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 522/236/2008, PRECUM ȘI PENTRU SERVICIILE 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 externe 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 publice ca structură distinctă 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. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 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

Anexa 3-f(continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECTIUNI ACUTE IN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE IN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 522/236/2008, 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 publice ca structură distinctă 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. 522/236/2008

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

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. 5 din formularul 1.2 și suma din col. 4 din formularul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 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

Anexa 3-g

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 522/236/2008, 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 externe contractate	Nr. cazuri externe realizate	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate ¹	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată**
1	2	3	4	5	6 = 2x5	7 = (3-4)x5
TOTAL SPITAL						

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 522/236/2008

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 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.....
 Furnizorul de servicii medicale

Anexa 3-h

**1.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN
 REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/SERVICIU MEDICAL**

LUNA/TRIM.

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr. servicii medicale		Tarif* /serviciu medical contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată**
	Contractat	Realizat**			
C0	C1	C2	C3	$C4 = C1 \times C3$	$C5 = C2 \times C3$
TOTAL			X		

*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicesti se stabileste conform prevederilor art. 5 lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008

**) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 .
 Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la
 Ordinul nr. 522/236/2008

**1.2. EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE
 SPITALIZARE DE ZI**

LUNA/TRIM.

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Total servicii medicale spitalicesti realizate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL	X	X	X	

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

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

.....

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

**2.1. DESFĂȘURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN
 REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT**

LUNA/TRIM.

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

*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008

**) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 .
 Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 și lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la
 Ordinul nr. 522/236/2008

**2.2 EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN
 REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT**

LUNA/TRIM.

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi	Numar înregistrare fișa pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat în evidență asiguratul	Total servicii medicale spitalicești realizate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	X	X	X	

Total col.C5 din tab.2.2 = total col. C2 din tab.2.1

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

.....

Notă:

Formularul din Anexa 3-h se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulativ pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

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

1.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA

LUNA/TRIM.

Nr. Bolnavi		Nr. Sedinte		Tarif/sedinta contractat*	Suma contractata***	Suma realizata**
Cazuri contractate***	Cazuri realizate	Contractate***	Realizate**			
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C1 x C3 x C5	C7=C2 x C4 x C5

*) nu poate fi mai mare decat tariful maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prevazut la Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008.

**) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 . Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 .

**) se completeaza doar in cazul raportarii trimestriale

Nota: casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 3 sedinte pe saptamana pe bolnav

1.2. EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA

LUNA/TRIM.

CNP beneficiar	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Numar sedinte realizate
C1	C2	C3	C4
TOTAL		X	X

Total col.C1 din tab.1.2 = total col.C2 din tab.1.1

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

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

.....

Notă:

Formularul din Anexa 3-i se întocmește bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de dializă efectuate în unități sanitare – spitale

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

Anexa 3-j

1. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate in cabinetele medicale de specialitate in : oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, din fondul alocat pentru asistenta medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice*

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

Nota:

Formularele de decontare se adapteaza conform modelelor de formulare de decontare utilizate in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

2. Sume acordate pentru investigatiile paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti pentru serviciile medicale paraclinice*

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

Nota: Formularele de decontare se adapteaza conform modelelor de formulare de decontare utilizate in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice

3. Sume acordate pentru servicii medicale de medicina dentara efectuate in cabinetele de medicina dentara aflate in structura spitalului, finantate din fodul alocat asistentei medicale dentare*

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

Nota: Formularele de decontare se adapteaza conform modelelor de formulare de decontare utilizate in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru serviciile de medicina dentara

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

.....

Notă:

Formularul din Anexa 3-j se întocmește lunar și cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti

Anexa 4-a

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

Casa de asigurări de sănătate
.....

DEFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE

Tip autovehicul	Total Km echivalenți în mediul urban		Total Km realizați în mediul rural		Tarif pe km contractat*	Total sumă		Suma decontată**
	Contractați	Echivalenți parcursi	Contractați	Efectiv realizați		Contractată	Realizată**	
C1					C6	=C2xC6+C4xC6	=C3xC6+C5xC6	C9 = C7 sau C8
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor medicale de urgență					X			
Subtotal 2 - km aferenți serviciilor de transport sanitar					X			
Subtotal 3 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu					X			
TOTAL(subtot.1+subtot.2+subtot. 3)					X			

*) Se stabilește în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 7 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008

**) Casele de asigurări de sanătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal
.....

Notă:

Formularul din Anexa 4-a se întocmește bilunar (corespunzător etapelor 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

Anexa 4-b

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 contractat	Total sumă	
	Contractate	Efectiv parcurse		Contractată	Realizată*
C1	C2	C3	C4	C5 =C2 xC4	C6 = C3 x C4
TOTAL			X		

*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

.....

Notă:

Formularul 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 reprezentantului legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

Anexa 4-c

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....
Județul.....

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT AERIAN

Luna/TrimANUL.....

Tip aeronavă	Total ore zbor		Tarif pe oră de zbor contractat	Total sumă	
	Contractate	Efectiv realizate		Contractată	Realizată*
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4	C6 = C3 x C4
TOTAL			X		

*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

Notă:

Formularul din Anexa 4-c 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

Anexa 4-d

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

Casa de asigurări de sănătate

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de intervenție*	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare contractat	Total		Suma decontată**
			Contractat	Realizat		Contractat	Realizat	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
TOTAL		X			X			

*) Tipurile de mijloace specifice de intervenție sunt potrivit art. 6 din Anexa 22 la Ord. nr. 522/236/2008; în cazul autoturismelor de transport pentru consultații de urgență la domiciliu, raportarea datelor se va face conform formularelor din Anexa 4-e

**) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008 .

1.2. Evidența după cod numeric personal a serviciilor medicale de urgență

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	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 după caz cu total col.C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentant legal

Notă:

1. Formularul 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
2. Formularul se completează distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule, transport aerian și pe apă;

Anexa 4-e

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

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTATIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU

Nr. crt.	Luna/Trim	Autoturism transport pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare contractat	Total		Suma decontată*
				Contractat	Realizat		Contractat	Realizat	
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									
Subtotal 2 - solicitari pentru consultatiile acordate de medicii din unitatile medicale specializate									
TOTAL(subtot. 1+ subtot. 2)									

*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008 .

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

Nr. crt.	Luna/Trim	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	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:

Formularul 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 către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta și transport sanitar

Anexa 6-a

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

1.1 Desfășurător al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii / secții sanatoriale din spitale, inclusiv cele balneare și în prevenorii

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 522/236/2008.

**)In cazul sanatoriilor balneare reprezinta suma negociata diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 522/236/2008; Pentru sanatoriile balneare col. C7 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1, alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 28 la ordin.

1.2 Desfășurător lunar pe C.N.P. al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii / secții sanatoriale din spitale, inclusiv cele balneare și în prevenorii

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:

Formularul din Anexa 6-a se întocmește 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

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul de vânzări și informare, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 394 bis/26.V.2008 conține 66 de pagini.

Prețul: 19,80 lei

ISSN 1453—4495

Acest număr al Monitorului Oficial al României a fost tipărit în afara abonamentului.

Produs electronic destinat exclusiv informării gratuite a persoanelor fizice asupra actelor ce se publică în Monitorul Oficial al României