ORDIN nr. 428 din 16 aprilie 2010 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe ţară, fără regim special

Forma sintetică la data 30-aug-2010. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® şi tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

Având în vedere:

- Referatul Direcţiei generale relaţii cu furnizorii nr. DGF/376 din 16 aprilie 2010;
- art. 140 din **Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010**, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **262/2010**;
- Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **265**/**408/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a **Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010**, cu modificările şi completările ulterioare,

În temeiul prevederilor art. 281 alin. (2) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **972/2006**, cu modificările şi completările ulterioare,

preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1

(1) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ desfăşurătoarele necesare raportării activităţii medicilor din asistenţa medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 1 a - 1 j.

(2) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii medicilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 2 a - 2 l.

(3) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii medicilor din unităţile sanitare cu paturi, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 3 a - 3 i.

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

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

(6) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării activităţii medicilor din asistenţa medicală de recuperare-reabilitare a sănătăţii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activităţii realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6 a şi 6 b.

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe ţară, fără regim special, care includ şi desfăşurătoarele necesare raportării listei persoanelor cu afecţiuni cronice pentru care se organizează evidenţă distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, conform anexelor nr. 7 a şi 7 b.

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

Art. 2

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

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

Art. 3

Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate judeţene, a municipiului Bucureşti, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul ordin.

Art. 4

(1) Desfăşurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru asiguraţi, pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru persoanele titulare ale cârdului european de asigurări sociale de sănătate ori beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului (CEE) nr. 1.408 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii şi pentru cetăţenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) La formularele menţionate la alin. (1) se vor ataşa, după caz:

a) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP) specificarea serviciilor medicale efectuate în cazul persoanelor cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale;

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

c) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: ţara - membră a Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, numele şi prenumele, data naşterii, numărul de identificare a instituţiei care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate/formularul european emis în baza Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71, numărul de identificare a cârdului european de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor titulare ale cârdului european de asigurări de sănătate;

d) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: ţara, numele şi prenumele, data naşterii în cazul cetăţenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

Art. 5

La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. **563/2009** pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe ţară, fără regim special, necesare raportării activităţii furnizorilor de servicii medicale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, 346 şi 346 bis din 25 mai 2009, cu modificările ulterioare.

Art. 6

Casele de asigurări de sănătate judeţene, a municipiului Bucureşti, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 7

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

-****-

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae Lucian Duţă

Anexa 1ª:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

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

Grupa de vârstă ..... *)

Nr. crt.	Numele şi prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data înscrierii pe listă	Data ieşirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparţinătorului legal sau a reprezentantului

								legal al instituţiei tutelare
1								
2								
...								
N								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. **265/408/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010. Pentru asiguraţii 0-1 an se va completa vârsta în luni la data înscrierii pe listă.

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

II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

Grupa de vârstă ..... *)

Nr. crt.	Nume şi prenume	Cod numeric personal	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieşirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparţinătorului legal
1							
2							
...							
N							

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 şi NOTA 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. **265/408/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010

Notă:

1. Formularele din Anexa 1a 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 1a vor fi raportate pe suport de hârtie şi în format electronic în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medici nou veniţi şi numai în format electronic pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

- ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcţie de mişcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1c); (această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat) şi/sau
- în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data: .....

3. Formularele din anexa nr. 1a se întocmesc în câte două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).

Formularele din anexa nr. 1a vor fi raportate pe suport hârtie şi în format electronic la data încheierii actului adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis), indiferent de numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista proprie.

*(la data 03-aug-2010 subpunctul II.., punctul 2. din anexa 1^A completat de Art. I, punctul 1. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 1[b]: CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAŢI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD
Copil în cadrul familiei	01
Copil încredinţat 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*
Şomer sau beneficiar alocaţie de sprijin	06
Tineri cu vârsta 18-26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenţii de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă	07
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	08
Soţ, soţie, părinţi fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate	09
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. **118/1990**, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum şi celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările şi completările ulterioare	10
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. **44/1994** privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare	11
Persoane prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) din Legea nr. **341/2004**	12
Pensionari cu venituri din pensii peste limita supusă impozitului pe venit	13.1
Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. **416/2001** privind venitul minim garantat, cu modificările şi completările ulterioare	14
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	15
Liber profesionişti	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuţiei la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultura	17
Persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă care nu au medic încadrat	18*
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. **309/2002** privind recunoaşterea şi acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcţiei Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările şi completările ulterioare	19
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecţie a copilului şi 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 şi completările ulterioare	20
Alte (ex. magistraţi-judecători, procurori, etc.)	21
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară	22
Persoanele incluse în programele naţionale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătăţii, până la vindecarea respectivei afecţiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	23
Persoane care sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane	24
Lucrători migranţi, cu domiciliul sau reşedinţa în România	25
Persoane cu venituri din chirii	26
Persoane cu venituri din dividende	27
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	28
Persoane care realizează alte venituri impozabile reglementate de Legea nr. **571/2003** privind Codul Fiscal, cu modificările şi completările ulterioare, art. 257 lit. f) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătăţii cu modificările şi completările ulterioare	29
Persoane care se asigură facultativ	30
Persoanele care se află în concediu pentru creşterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani şi în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani	31

Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin. 9 din Legea nr. **95/2006**, cu modificările şi completările ulterioare	32
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecţie stabilită de Legea nr. **122/2006** privind azilul în România, cu modificările şi completările ulterioare	33
Personalul monahal al cultelor recunoscute	34

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

Anexa 1^C^:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

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

A) Intrări/Ieşiri în/din listă

Nr. crt.	Numele şi prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data înscrierii pe listă	Data ieşirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparţinătorului legal sau a reprezentantului legal al instituţiei tutelare
1								
2								
...								

B) Recapitulaţia asiguraţilor înscrişi pe lista medicului de familie

~~Grupa de vârstă~~	~~Număr asiguraţi:~~			
	~~Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii precedente~~	~~Intrări~~	~~Ieşiri~~	~~Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii în curs~~
~~1.~~	~~2.~~	~~3.~~	~~4.~~	~~5.~~
~~0-3 ani - total din care:~~	-	-	-	-
~~copii încredinţaţi sau daţi în plasament~~	-	-	-	-
~~4-59 ani - total din care:~~	-	-	-	-
~~copii încredinţaţi sau daţi în plasament~~	-	-	-	-
~~pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală)~~	-	-	-	-
~~60 ani şi peste - total din care:~~	-	-	-	-
~~persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă~~	-	-	-	-
~~TOTAL:~~	-	-	-	-

~~La grupa de vârstă 4-59: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate.~~

Grupa de vârstă	"Numărul de asiguraţi:			
	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii precedente	Intrări	Ieşiri	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii în curs
1	2	3	4	5
0-3 ani - total, din care:				
- copii încredinţaţi sau daţi în plasament				
4-59 ani - total, din care:				
- copii încredinţaţi sau daţi în plasament				
- pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală)				
- persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă				
60 ani şi peste - total, din care:				
- persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă				
TOTAL:				

La grupa de vârstă 4-59 ani: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate + nr. persoanelor din centrele de îngrijire şi asistenţă.

*(la data 21-mai-2010 subpunctul I.., litera B. din anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 1. din **Ordinul 475/2010**)*

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

A) Intrări/Ieşiri în/din listă

Nr. crt.	Numele şi prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Cod numeric personal	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieşirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparţinătorului legal
1							
2							
....							

B) Recapitulaţia persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie

~~Grupa de vârstă~~	~~Număr persoane beneficiare de pachet minimal de servicii medicale:~~			
	~~Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii precedente~~	~~Intrări~~	~~Ieşiri~~	~~Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii în curs~~
~~1.~~	~~2.~~	~~3.~~	~~4.~~	~~5.~~
~~0-3 ani - total din care:~~	-	-	-	-
~~copii încredinţaţi sau daţi în plasament~~	-	-	-	-
~~4-59 ani - total din care:~~	-	-	-	-
~~copii încredinţaţi sau daţi în plasament~~	-	-	-	-
~~pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală)~~	-	-	-	-
~~60 ani şi peste - total din care:~~	-	-	-	-
~~persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă~~	-	-	-	-
~~TOTAL:~~	-	-	-	-

*(la data 21-mai-2010 subpunctul II.., litera B. din anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 475/2010**)*

Grupa de vârstă	"Numărul de persoane beneficiare de pachet minimal de servicii medicale:			
	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii precedente	Intrări	Ieşiri	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii în curs
1	2	3	4	5
0-3 ani - total, din care:				
- copii încredinţaţi sau daţi în plasament				
4-59 ani - total, din care:				
- copii încredinţaţi sau daţi în plasament				
- pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare şi care au fost pensionaţi din motive de boală)				
- persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă				
60 ani şi peste - total, din care:				
- persoane instituţionalizate în centre de îngrijire şi asistenţă				
TOTAL:				

~~La grupa de vârstă 4-59: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate.~~

La grupa de vârstă 4-59 ani: totalul > nr. copiilor încredinţaţi sau daţi în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate + nr. persoanelor din centrele de îngrijire şi asistenţă.

*(la data 21-mai-2010 subpunctul II.., litera B. din anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 475/2010**)*

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă:

Mişcarea asiguraţilor pe grupe de vârstă se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4-59 ani).

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

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

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

2.Datele din listă se vor completa cu majuscule.

3.Formularele prevăzute la pct. I lit. A şi pct. II lit. A din anexa nr. 1 c se întocmesc în câte două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).

Formularele prevăzute la pct. I lit. A şi pct. II lit. A din anexa nr. 1c vor fi raportate lunar pe suport hârtie şi în format electronic, pe durata de derulare a actului adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).

*(la data 03-aug-2010 subpunctul II.., litera B. din anexa 1^C completat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 1[d]:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

DESFĂŞURĂTORUL punctajului activităţii lunare a medicului de familie

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

(1) Numărul de puncte "per capita"

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

*(la data 21-mai-2010 alin. (1) din anexa 1^D modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 475/2010**)*

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

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

**** Conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010.***

*(la data 21-mai-2010 alin. (1) din anexa 1^D modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 475/2010**)*

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

I. În situaţia în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de înscrişi pe listă, astfel:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x 2.200/Număr persoane înscrise

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x 2.200/Număr persoane înscrise

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

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

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x 2.200/Număr persoane înscrise

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x (4.000-2.200)/Număr persoane înscrise x 0,5

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x 2.200/Număr persoane înscrise

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

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

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

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

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

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

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

(2) Recalcularea numărului de puncte "per capita" în raport cu gradul profesional şi cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea:

Număr puncte "per capita" pe lună menţionat la pct. 1, subpct. IV din Desfăşurătorul punctajului activităţii lunare a medicului de familie (col. 1 = col. 2 + col. 3)	Din care:		Condiţii în care se desfăşoară activitatea cabinetului (col. 1 x procent de majorare sau col. 2 x procent de majorare)	Condiţii în care se desfăşoară activitatea pct. de lucru (col. 3 x procent de majorare)	Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcţie de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 ± col. 6 sau col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 ± col. 6)
	Număr de puncte "per capita" pentru cabinet (col. 1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/Nr. total ore din lună)	Număr de puncte "per capita" pentru pct. lucru (col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună)				
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

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

(3) Recapitulaţie punctaj pentru persoane înscrise pe listă în funcţie de perioada de activitate

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

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

(4) Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie şi acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical-consultaţie	Număr consultaţii	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative - consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute, intercurente sau cronice programabile			
2. Monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice - examen periodic conform programării			
3. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

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

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

(5) Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie şi acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical-consultaţie	Număr consultaţii	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative - consultaţie pentru afecţiuni intercurente			
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	X		

Precizări:

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

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

****) - în tabelul de la punctul 5 "Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie şi acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ", poziţia 1 se modifică şi va avea următorul cuprins:***

*(la data 03-aug-2010 alin. (5) din anexa 1^D modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 639/2010**)*

1. Servicii medicale curative - consultaţie pentru afecţiuni acute, intercurente			

(6) Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie şi acordate pacienţilor (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical-consultaţie	Număr consultaţii	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative - consultaţie pentru afecţiuni intercurente			
TOTAL	X		

Precizare:

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

Notă: Desfăşurătorul de la punctul 6 va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informaţii: ţara-membră a Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, numele şi prenumele, data naşterii, numele instituţiei care a emis cardul, codul de identificare al acestei instituţii.

****) - în tabelul de la punctul 6 "Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie şi acordate pacienţilor (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European", poziţia 1 se modifică şi va avea următorul cuprins:***

*(la data 03-aug-2010 alin. (6) din anexa 1^D modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 639/2010**)*

1. Servicii medicale curative - consultaţie pentru afecţiuni acute, intercurente			

(7) Desfăşurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical-consultaţie şi acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* pe serviciu medical-consultaţie	Număr consultaţii	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Servicii medicale curative - consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute, intercurente sau cronice programabile			
2. Monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice - examen periodic conform programării			
3. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor			
TOTAL	X		

Precizări:

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

Notă: Desfăşurătorul de la punctul 7 se va completa distinct pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 şi va fi însoţit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informaţii: ţara-membră a Uniunii Europene, numele şi prenumele, data naşterii, numele instituţiei care a emis formularul, codul de identificare al acestei instituţii.

(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 şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

Anexa 1[e]:

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

Situaţia punctajului în asistenţa medicală primară trimestrul ..... pentru stabilirea valorii definitive a punctului

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

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

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

**) 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 diferenţă de puncte raportată.

***) Se va trece totalul general puncte pe serviciu de la punctul 8 din Anexa 1d).

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI RELAŢII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

Notă: Formularul din Anexa 1e se întocmeşte în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Se va trece în clar numele semnatarilor.

Anexa 1[f]:

Casa de Asigurări de Sănătate

Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniţi într-o localitate şi sumele aferente administrării şi funcţionării acestor cabinete

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

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

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI RELAŢII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

Notă:

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

Anexa 1[g]:

Casa de asigurări de sănătate

Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

Situaţia cheltuielilor cu medicii nou veniţi într-o localitate, trimestrul .....

Luna	Număr medici	Cheltuieli de personal*)	Sume pentru cheltuieli de administrare şi funcţionare 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 şi cel minim prevăzut în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. **265/408/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010.

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

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

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

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI RELAŢII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

Notă: Formularul din Anexa 1g se întocmeşte în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naţionale 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
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

DESFĂŞURĂTORUL ACTIVITĂŢII 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-veniţi într-o localitate, care pentru o perioadă de maximum 3 luni au încheiate convenţii de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 30 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. **262/2010**.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul din Anexa 1h se întocmeşte în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

Anexa 1^{i}:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"

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

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP-uri beneficiare
I. Pachet minimal de servicii:	x	x
1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală		
2. Supraveghere şi depistare boli cu potenţial endemo-epidemic		
3. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuziei:	x	x
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;		
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;		
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;		
f) consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.		
4. Imunizări conform programului naţional de imunizări:	x	x
a) antituberculoasă - vaccin BCG;		
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;		
c) testarea PPD;		
d) antihepatită B		
e) antipoliomielitică VPO şi VPI;		
f) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);		
g) antirujeolică şi antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;		
h) împotriva difteriei şi tetanosului - DT (revaccinare);		
i) împotriva difteriei şi tetanosului la adulţi - dT (revaccinare);		
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;		
k) antirubeolică.		
5. Imunizări antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;		
6. Activităţi de suport-eliberare de acte medicale - certificate de deces		
7. Servicii de planificare familială:	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;		
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.		
II. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ:	x	x
1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală		
2. Supraveghere şi depistare boli cu potenţial endemo-epidemic		
3. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuziei:	x	x
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;		
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;		
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;		

f) consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.		
4. Imunizări conform programului naţional de imunizări:	x	x
a) antituberculoasă - vaccin BCG;		
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;		
c) testarea PPD;		
d) antihepatită B;		
e) antipoliomielitică VPO şi VPI;		
f) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);		
g) antirujeolică şi antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;		
h) împotriva difteriei şi tetanosului - DT (revaccinare);		
i) împotriva difteriei şi tetanosului la adulţi - dT (revaccinare);		
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;		
k) antirubeolică.		
5. Imunizări antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;		
6. Activităţi de suport-eliberare de acte medicale:	x	x
a) eliberare certificat de concediu medical		
b) eliberare certificat de deces		
c) eliberare scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
7. Servicii de planificare familială:	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;		
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.		
III. Pachetul de servicii medicale de bază	x	x
1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală		
2. Supraveghere şi depistare boli cu potenţial endemo-epidemic		
3. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuziei:	x	x
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;		
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;		
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;		
f) consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.		
4. Imunizări conform programului naţional de imunizări:	x	x
a) antituberculoasă - vaccin BCG;		
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;		
c) testarea PPD;		
d) antihepatită B;		
e) antipoliomielitică VPO şi VPI;		
f) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);		
g) antirujeolică şi antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;		
h) împotriva difteriei şi tetanosului - DT (revaccinare);		
i) împotriva difteriei şi tetanosului la adulţi - dT (revaccinare);		
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;		
k) antirubeolică.		
5. Imunizări antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;		
6. Vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate		
7. Activităţi de suport-eliberare de acte medicale:	x	x
a) eliberare certificat de concediu medical		
b) bilete de trimitere		
c) prescripţii medicale		
d) eliberare certificat de deces		
e) eliberare scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
8. Servicii de planificare familială:	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;		
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.		
9. Servicii medicale profilactice - urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a copilului prin examene de bilanţ:	x	x
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;		
b) la 1 lună - la domiciliul copilului;		
c) la 2 luni;		
d) la 4 luni;		
e) la 6 luni;		
f) la 9 luni;		
g) la 12 luni;		
h) la 15 luni;		
i) la 18 luni.		
10. Servicii de promovare a sănătăţii - educaţie medico-sanitară şi consiliere pentru prevenirea şi combaterea factorilor de risc, precum şi consilierea antidrog.		
11. Servicii medicale de prevenţie:	x	x
a) examen anual de bilanţ al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani		
b) control medical periodic al asiguraţilor în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate;		
c) control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecţiunile cronice care necesită dispensarizare,		
d) control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecţiunile cronice care necesită dispensarizare, altele decât cele de la lit. c).		

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

) - în tabel, la punctul III subpunctul 7, după litera e) se introduce o nouă literă, litera f), cu următorul cuprins:

*(la data 03-aug-2010 anexa 1^I modificat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 639/2010**)*

f) acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului		

) - în tabel, la punctul III subpunctul 11, litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

*(la data 03-aug-2010 anexa 1^I modificat de Art. I, punctul 6. din **Ordinul 639/2010**)*

c) evaluare periodică, clinică şi paraclinică a tratamentului şi evoluţiei pentru bolnavii cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, la alte intervale decât cele stabilite de prevederile legale în vigoare		

) - în tabel, la punctul III subpunctul 11, litera d) se abrogă

*(la data 03-aug-2010 anexa 1^I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 1[j]:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

DESFĂŞURĂTORUL PRIVIND IMUNIZĂRILE EFECTUATE*)

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

*) Desfăşurătorul va cuprinde imunizările efectuate de către medicii de familie desemnaţi la începutul anului de direcţiile de sănătate publică în unităţile de învăţământ în care nu există medic şcolar sau în centrele de vaccinări pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale, conform art. 2, lit. c din Anexa 2 la Ord. **265**/**408/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010.

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul din Anexa 1j se întocmeşte lunar în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa 2[a]:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

~~**1.1.** Desfăşurător lunar al consultaţiilor şi serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic~~

~~LUNA ..... ANUL .....~~

~~Nr. crt.~~	~~Specialitatea/competenţă/atestat de studii complementare* .....~~	~~Număr consultaţii pe zi~~																															~~Total consultaţii~~	~~Nr. puncte** pe tip de consultaţie~~	~~Nr. total puncte~~
		~~1~~	~~2~~	~~3~~	~~4~~	~~5~~	~~6~~	~~7~~	~~8~~	~~9~~	~~10~~	~~11~~	~~12~~	~~13~~	~~14~~	~~15~~	~~16~~	~~17~~	~~18~~	~~19~~	~~20~~	~~21~~	~~22~~	~~23~~	~~24~~	~~25~~	~~26~~	~~27~~	~~28~~	~~29~~	~~30~~	~~31~~			
~~C1~~	~~C2~~	~~C3~~																															~~C4~~	~~C5~~	~~C6 = C4 x C5~~
~~-~~	~~Consultaţii** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:~~	~~-~~																															~~x~~	~~x~~	~~x~~
~~1~~	~~Consultaţie medicală de specialitate pentru episoade de boală acută:~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~x~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~2~~	~~Consultaţia medicală pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu:~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~x~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~3~~	~~Consultaţie medicală pentru monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice examen periodic conform programării:~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~		~~-~~	~~-~~
~~TOTAL GENERAL~~																																	~~-~~	~~x~~	~~-~~

~~*) Sunt cele cf. Cap. I, lit. C pct. 3 şi pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**.~~

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

1.1. Desfăşurător lunar al consultaţiilor şi serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Specialitatea/competenţă/atestat de studii complementare*	Număr de consultaţii/zi					Total consultaţii	Nr. de puncte** pe tip de consultaţie	Nr. total de puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultaţii** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
1	Consultaţie medicală de specialitate pentru episoade de boală acută:							x	
2	Consultaţie medicală pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu:							x	
3	Consultaţie medicală pentru monitorizarea stării de sănătate şi a							x	

	tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice - examen periodic conform programării:								
4.	Consultaţie medicală pentru situaţii de urgenţă:							x	
TOTAL GENERAL								x	

**** Sunt cele prevăzute la cap. I lit. C pct. 3 şi 4 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Tipurile de consultaţii şi punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la cap. I lit. C pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

*(la data 03-aug-2010 subpunctul 1.1.. din anexa 2^A modificat de Art. I, punctul 8. din **Ordinul 639/2010**)*

~~**1.2.** DESFĂŞURĂTOR PE C.N.P. AL CONSULTAŢIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA .....~~

~~Nr. crt.~~	~~CNP~~	~~Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului~~	~~Pachetul de servicii medicale de bază*)~~		
			~~Consultaţii medicale de specialitate pentru episoade de boală acută~~	~~Consultaţii pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu~~	~~Consultaţii medicale pentru monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice~~
~~C1~~	~~C2~~	~~C3~~	~~C4~~	~~C5~~	~~C6~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~TOTAL~~			~~-~~	~~-~~	~~-~~

~~*) Consultaţiile sunt cele cf. cap. I, lit. C pct. 1 şi pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.~~
~~Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 1.1~~
~~Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 1.1~~
~~Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3 din tab. 1.1~~
~~Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor~~
~~Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale~~
~~.....~~
~~Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2a se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.~~

~~Casa de asigurări de sănătate~~
~~Furnizorul de servicii medicale~~
~~Localitatea~~
~~Judeţul~~

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

1.2. Desfăşurător pe C.N.P. al consultaţiilor cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, acordate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

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

Nr. crt.	C.N.P.	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*			
			Consultaţii medicale de specialitate pentru episoade de boală acută	Consultaţii medicale pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu	Consultaţii medicale pentru monitorizarea stării de sănătate şi a tratamentului pentru bolnavii cu afecţiuni cronice	Consultaţie medicală pentru situaţii de urgenţă
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL:						

**** Consultaţiile sunt cele prevăzute la cap. I lit. C pct. 1 şi 2 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

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

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

Total col. C6 din tabelul 1.2 = col. C4 rândul 3 din tabelul 1.1

Total col. C7 din tabelul 1.2 = col. C4 rândul 4 din tabelul 1.1.

*(la data 03-aug-2010 subpunctul 1.2.. din anexa 2^A modificat de Art. I, punctul 9. din **Ordinul 639/2010**)*

2.1. Desfăşurător lunar al consultaţiilor medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Specialitatea*	Număr consultaţii pe zi																															Total consultaţii	Nr. puncte** pe tip de consultaţie	Nr. total puncte
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
C1	C2	C3																															C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultaţii în cadrul pachetului minimal:																																x	x	x
1	- consultaţie medicală de urgenţă																																		
2	- consultaţie medicală pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic (caz confirmat)																																		
TOTAL GENERAL																																		x	

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

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

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

Nr. crt.	CNP/cod de identificare	Număr de înregistrare documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)	
			Consultaţii medicale de urgenţă	Consultaţii medicale pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL				

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

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

Total col. C5 din tab. 2.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 2.1
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2a se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

3.1. Desfăşurător lunar al consultaţiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Specialitatea/competenţă/atestat de studii complementare*	Număr consultaţii pe zi																															Total consultaţii	Nr. puncte** pe tip de consultaţie	Nr. total puncte
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
C1	C2	C3																															C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultaţii în cadrul pachetului facultativ:																																	x	
1	- consultaţie medicală de urgenţă																																		
2	- consultaţie medicală pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic (caz confirmat)																																		
3	- consultaţie medicală pentru afecţiuni acute intercurente																																		
TOTAL GENERAL																																		x	

*) Conform Cap. I, lit. C pct. 3 şi pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**.
) Conform tabelului de la Cap. I, lit. C pct. 1 din Anexa 7 la Ordinul nr. **265/**408/2010**.
) - în tabelul de la punctul 3.1 "Desfăşurător lunar al consultaţiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, în ambulatoriul de specialitate clinic", poziţia 3 se modifică şi va avea următorul cuprins:

*(la data 03-aug-2010 subpunctul 3.1.. din anexa 2^A modificat de Art. I, punctul 10. din **Ordinul 639/2010**)*

"3	- consultaţie medicală pentru afecţiuni acute, intercurente		...				

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

Nr. crt.	CNP/cod de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ*)		
			Consultaţii medicale de urgenţă	Consultaţii medicale pentru depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic	Consultaţii medicale pentru afecţiuni acute intercurente
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

*) Consultaţiile sunt cele cf. cap. I, lit. B din Anexa 7 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**.
Total col. C4 din tab. 3.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 3.1
Total col. C5 din tab. 3.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 3.1
Total col. C6 din tab. 3.2 = col. C4 rândul 3 din tab. 3.1
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2a se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.
) - în tabelul de la punctul 3.2 "Desfăşurător pe C.N.P./cod de identificare al consultaţiilor cuprinse în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, acordate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru luna .....", titlul coloanei C6 se modifică şi va avea următorul cuprins:
Consultaţii medicale pentru afecţiuni acute, intercurente.
*(la data 03-aug-2010 subpunctul 3.2.. din anexa 2^A modificat de Art. I, punctul 11. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 2[b]:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

1.1. Desfăşurător lunar al serviciilor conexe actului medical din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Nr. crt.	Specialitatea*	Număr consultaţii pe zi																															Total consultaţii/servicii conexe actului medical	Tariful** pe tip de consultaţie/serviciu	Sumă*** (lei)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
C1	C2	C3																															C4	C5	C6 = C4 x C5
	Servicii conexe actului medical** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:																																x	x	x
1	Consultaţii conexe:																																	x	
2	Servicii conexe:																																	x	
TOTAL GENERAL																																		x	

*) Specialităţile sunt cele cf. Cap. I, lit. C pct. 6 din Anexa 7 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**.
) Tipurile de consultaţii/servicii conexe actului medical şi tarifele aferente sunt cele cf. Cap. I, lit. C pct. 6 din Anexa 7 la Ordinul nr. **265/**408/2010**.
***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 8 la ordinul nr. **265**/**408/2010**.

1.2. DESFĂŞURĂTOR PE C.N.P. AL SERVICIILOR CONEXE ACTULUI MEDICAL DIN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA .....

Nr. crt.	CNP	Număr de înregistrare documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*)	
			Număr consultaţii conexe	Număr servicii conexe
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL				

*) Consultaţiile şi serviciile conexe actului medical sunt cele cf. cap. I, lit. C pct. 6 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.
Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 1.1
Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 1.1
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2b se întocmesc în câte două exemplare din care câte un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa 2c:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

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

Desfăşurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea şi de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) şi alin. (2) pct. a) şi b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 265/408/2010

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

*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 2.1 al Anexei 2a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 3.1 al Anexei 2a).
**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ţine seama şi de punctele aferente consultaţiilor de specialitate din specialităţile fitoterapie, homeopatie, planificare familială, dacă este cazul. În această situaţie se aplică formula: col. C4 = (col. C1 - col. C2) x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în fitoterapie, homeopatie şi planificare familială.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
Notă: Desfăşurătorul din Anexa 2c se întocmeşte lunar în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa 2d:

Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pentru stabilirea valorii definitive a punctului
Situaţia punctajului şi a sumelor decontate pentru serviciile conexe actului medical în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate - trimestrul .....

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

[1])Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0.
*) Se va trece cu plus numărul de puncte omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz); se va trece cu minus numărul de puncte raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz).
Se va da notă explicativă pentru fiecare diferenţă de puncte raportată.
**) Se vor trece cu plus sumele omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz); se vor trece cu minus sumele raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcate pentru fiecare trimestru după caz). Se va da notă explicativă pentru fiecare diferenţă de sumă raportată.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....
DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI ECONOMICE
.....
DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECŢIEI RELAŢII CONTRACTUALE
.....
Întocmit,
.....
Notă: Formularul din Anexa 2d se întocmeşte în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Se va trece în clar numele semnatarilor.

Anexa 2e:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

1.1. DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂŢI SANITARE AUTORIZATE DE MS
LUNA .....

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

TOTAL			x		

*) În limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate, prezentat în Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010.

1.2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂŢI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA .....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr./dată Fişă sau Registru de consultaţie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitaliceşti
C0	C1	C2	C3
TOTAL	x	x	

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2e se întocmesc în câte 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Judeţul

2.1. DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂŢI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA .....

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

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

2.2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITĂŢI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA .....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi	Nr./dată Fişă sau Registru de consultaţie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitaliceşti
C0	C1	C2	C3
TOTAL	x	x	

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2e se întocmesc în câte 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Anexa 2[f]:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.

Localitatea

Judeţul

(1) Desfăşurător lunar al investigaţiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie

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

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*/(codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie paraclinică contractat**	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL			x	

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

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate.

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

(2) Desfăşurător lunar al investigaţiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor din ambulatoriul de specialitate

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

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice*/(codul)	Total investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie paraclinică contractat**	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL			x	

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

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate.

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

Formularul nu va include investigaţiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internaţi.

(3) Desfăşurătorul pe CNP al asiguraţilor care au beneficiat de investigaţii 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 investigaţiei paraclinice efectuate*/(codul)	Numărul investigaţiilor paraclinice

C1	C2	C3	C4
Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un CNP			
...			
TOTAL		x	

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

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate.

Se vor ataşa şi fişele de solicitare pentru serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, angiografie, scintigrafie); în cazul investigaţiilor CT şi RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-8 ani, se vor ataşa şi copii ale fişelor de preanestezie.

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

(4) Borderou centralizator cuprinzând evidenţa numărului de bilete de trimitere pentru investigaţiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu

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

Nr. crt.*	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP	Cod parafă medic care recomandă investigaţia paraclinică	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate**/ (codul)	Tarif/investigaţie paraclinică contractat***	Suma aferentă investigaţiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5xC6
				...	...	
TOTAL	x	x	x	x	x	
				...	...	
TOTAL	x	x	x	x	x	
TOTAL GENERAL		x	x	x	x	

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

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

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

(5) Notă:

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

2. Desfăşurătoarele din Anexa 2f se completează după caz şi de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicina dentara care au încheiat act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti/contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, pentru ecografii, monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice/radiografia dentară (inclusiv pentru investigaţiile efectuate ca o consecinţă a actului medical propriu).

~~**3.** Tabelul 1 şi 3 se completează, după caz şi de către furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară care au încheiat act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate asiguraţilor din lista proprie, ca o consecinţă a actului medical propriu.~~ 3. Tabelele 1 şi 3 se completează, după caz, şi de către furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară care au încheiat act adiţional la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate asiguraţilor din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, ca o consecinţă a actului medical propriu.

*(la data 03-aug-2010 alin. (5), punctul 3. din anexa 2^F modificat de Art. I, punctul 12. din **Ordinul 639/2010**)*

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Anexa 2^{g}:

Judeţul
Localitatea
Luna ..... anul .....

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

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

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

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

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

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

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive şi tratamentele de medicină dentară în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive şi tratamentele de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Notă: Desfăşurătorul din Anexa 2g se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa 2^{h}:

Judeţul
Localitatea
Luna ..... anul .....

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

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

Nr. crt.	Nr. Fişă sau Registru consultaţii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif/serviciu conform Anexei nr. 7 Cap. III, pct. 1	% decontat de CAS	Total lei

C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			x	x		x	x	

**) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.
***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/488/2010.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
Notă: Desfăşurătorul din Anexa 2h se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa 2[i]:

Judeţul
Localitatea
Luna ..... anul .....

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

DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ŞI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA ASIGURAŢILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE

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

*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. I la Ordinul nr. 265/408/2010.
**) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/488/2010.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
Notă: Desfăşurătorul din Anexa 2i se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa 2[j]:

Judeţul
Localitatea
Luna ..... anul .....

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

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

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

*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ.
**) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.
***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 265/408/2010.
Serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 NOTA 2 din Anexa nr. 7 la ordinul anterior menţionat.
Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
Notă: Desfăşurătorul din Anexa 2j se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa 2[k]:

~~Casa de asigurări de sănătate~~
~~Furnizorul de servicii medicale~~
~~Localitatea~~
~~Judeţul~~

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

~~**1.1.** Desfăşurător lunar al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii din pachetul de servicii medicale de bază efectuate ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătăţii, în cabinete medicale şi baze de tratament~~
~~Luna ..... Anul .....~~

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

~~*) Tariful/consultaţie în specialitatea de recuperare-reabilitare a sănătăţii, respectiv tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare-~~

~~reabilitare a sănătăţii acordate în bazele de tratament sunt cf. Cap. IV, pct. 1, respectiv pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 265/408/2010. Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţii sanitare, în condiţiile prevăzute la art. 14 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 265/408/2010.~~

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

~~**1.2.** Desfăşurătorul pe CNP al serviciilor de recuperare reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în cabinete medicale şi în baze de tratament~~

~~Luna ..... Anul .....~~

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

~~Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C3 rândul 1 din tab. 1.1~~
~~Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C3 rândul 2 din tab. 1.1~~
~~Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor~~
~~Reprezentantul legal al furnizorului~~
~~.....~~
~~Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 2k se întocmesc în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.~~

Casa de Asigurări de Sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Judeţul .....

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

1.1. Desfăşurător lunar al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii din pachetul de servicii medicale de bază efectuate ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătăţii, în cabinete medicale

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Număr de consultaţii medicale de specialitate	Tariful* pe serviciu medical - consultaţie	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL GENERAL:				x	

**** Tariful/consultaţie în specialitatea de recuperare-reabilitare a sănătăţii este prevăzut la cap. IV pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările şi completările ulterioare. Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţii sanitare, în condiţiile prevăzute la art. 14 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin. (9) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

1.2. Desfăşurătorul lunar al serviciilor de recuperare-reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament (cure de recuperare-reabilitare complete, conform recomandării)

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Număr de înregistrare în documentele privind evidenţele obligatorii	Număr de servicii medicale - cazuri (cure de tratament)	Număr de zile efectuate (cure de tratament cu un număr de zile recomandate ≤ 7 zile)	Tarif* pe serviciu medical - caz	Tarif* pe zi	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL GENERAL:					x	x	

**** Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în bazele de tratament este prevăzut la cap. IV, pct. 2 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În cazul curelor de tratament cu un număr recomandat de zile mai mic sau egal cu 7 zile, tariful/zi este cel prevăzut la art. 14 alin. (11) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţii sanitare, în condiţiile prevăzute la art. 14 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin. (9) şi (11) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. După caz, C8=C4xC6 sau C8=C5xC7.***

1.3. Desfăşurător lunar al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii din pachetul de servicii medicale de bază efectuate ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătăţii, baze de tratament (cure de recuperare-reabilitare întrerupte)

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Număr de înregistrare în documentele privind evidenţele obligatorii	Număr de zile recomandate	Număr de zile efectuate	Tarif pe serviciu medical - caz	Tarif pe zi	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL GENERAL:					x	x	

****) Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în bazele de tratament este prevăzut la cap. IV pct. 2 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În cazul curelor de tratament cu un număr recomandat de zile mai mic sau egal cu 7 zile, tariful/zi este cel prevăzut la art. 14 alin. (11) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţii sanitare, în condiţiile prevăzute la art. 14 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin. (9) şi (10) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. După caz, C8=(C5xC6)/C4 sau C8=(C5xC7).***

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele din anexa nr. 2 k se întocmesc în două exemplare, din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

*(la data 03-aug-2010 anexa 2^K modificat de Art. I, punctul 13. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 2[I]:

~~Casa de asigurări de sănătate~~
~~Furnizorul de servicii medicale~~
~~Localitatea~~
~~Judeţul~~

~~Reprezentantul legal al furnizorului~~
~~Medic cu competenţă/atestat de studii complementare~~
~~CNP medic de specialitate .....~~
~~-~~

~~**1.1.** Desfăşurător lunar al serviciilor de acupunctura din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic~~
~~Luna ..... Anul .....~~

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

~~*) Tariful/consultaţie, respectiv tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctura sunt cf. Cap. I, lit. C, pct. 5 din Anexa 7 la Ordinul nr. **265/408/2010**.~~
~~**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. **265/408/2010**.~~

~~**1.2.** Desfăşurătorul pe CNP al serviciilor de acupunctura din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic~~
~~Luna ..... Anul .....~~

~~Nr. crt.~~	~~Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului~~	~~CNP asigurat - caz de recuperare reabilitare a sănătăţii realizat~~	~~Număr consultaţii de acupunctură~~	~~Număr servicii de acupunctură cazuri~~
~~C1~~	~~C2~~	~~C3~~	~~C4~~	~~C5~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~TOTAL GENERAL~~			~~-~~	~~-~~

~~Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C3 rândul 1 din tab. 1.1~~
~~Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C3 rândul 2 din tab. 1.1~~
~~Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor~~
~~Reprezentantul legal al furnizorului~~
~~.....~~

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

Casa de Asigurări de Sănătate .....
Furnizorul de servicii medicale .....
Localitatea .....
Judeţul .....

Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Medic cu competenţă/atestat de studii complementare .....
CNP medic de specialitate .....

1.1. Desfăşurător lunar al serviciilor de acupunctura din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic
Luna ..... Anul .....

Nr. crt.	CNP asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Număr de consultaţii de acupunctură	Tarif pe consultaţie	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
	TOTAL GENERAL:			x	

**** Tariful/consultaţie pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la cap. I lit. C pct. 5 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

1.2. Desfăşurător lunar al serviciilor de acupunctura din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure complete, conform recomandării)
Luna ..... Anul .....

Nr. crt.	CNP asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Număr de servicii de acupunctură - cazuri (cure de tratament)	Număr de zile efectuate (cure de tratament cu un număr de zile recomandat ≤ 7 zile)	Tarif* pe serviciu medical - caz	Tarif pe zi	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL GENERAL:					x	x	

**** Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile de acupunctura este prevăzut la cap I. lit. C pct. 5 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În cazul curelor de tratament în acupunctura cu un număr recomandat de zile mai mic sau egal cu 7 zile, tariful/zi este cel prevăzut la art. 15 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. După caz, C8 = C4 x C6 sau C8 = C5 x C7.***

1.3. Desfăşurător lunar al serviciilor de acupunctura din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure de tratament de acupunctura întrerupte)
Luna ..... Anul .....

Nr. crt.	CNP asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului	Număr de zile recomandate	Număr de zile efectuate	Tarif pe serviciu medical - caz	Tarif pe zi	Sumă** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8

TOTAL GENERAL:			x	x	

**** Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile de acupunctura este prevăzut la cap. I lit. C pct. 5 din anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În cazul curelor de tratament în acupunctura cu un număr recomandat de zile mai mic sau egal cu 7 zile, tariful/zi este cel prevăzut la art. 15 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare. După caz, C8 = (C5 x C6)/C4 sau C8 = (C5 x C7).***

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele din anexa nr. 2 I se întocmesc în două exemplare, din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

*(la data 03-aug-2010 anexa 2^L modificat de Art. I, punctul 14. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 3[a]:

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ŞCOALA NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....

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

Secţia	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate şi nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
TOTAL SPITAL				

Formularele se transmit de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Medical Bucureşti (SNSPMPDMB) către spital şi casele de asigurări de sănătate.

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE — Director general

SCOALĂ NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI — Director general

~~**1.2.** RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....~~

~~TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....~~

~~Secţia~~	~~Nr. cazuri externate şi raportate la SNSPMPDMB~~	~~Nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDMB~~	~~Nr. cazuri externate (reinternate şi transferate)*, raportate şi validate de SNSPMPDMB~~	~~ICM realizat~~	~~Coeficientul cazurilor extreme - K~~
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
~~TOTAL SPITAL~~	-	-	-	-	-

~~Formularele se transmit de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Medical Bucureşti (SNSPMPDMB) către spital şi casele de asigurări de sănătate.~~

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

~~CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE — Director general~~

~~SCOALĂ NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI — Director general~~

1.2. Raport de activitate pentru serviciile spitaliceşti furnizate în regim de spitalizare continuă finanţate pe baza grupelor de diagnostice al Spitalului .....

Trimestrul/Trimestrele ..... Anul .....

Secţia	Nr. cazuri externate şi raportate la SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDMB		ICM realizat	Coeficientul cazurilor extreme - K
		Total	Din care nr. cazuri externate (reinternate şi transferate)*		
TOTAL SPITAL:					

Formularele se transmit de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Medical Bucureşti (SNSPMPDMB) către spital şi casele de asigurări de sănătate.

**** Conform art. 70 alin. (3) şi (4) din Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.***

*(la data 11-aug-2010 subpunctul 1.2.. din anexa 3^A modificat de Art. I, punctul 1. din **Ordinul 672/2010**)*

Anexa 3[b]:

Judeţul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

2.1. DESFĂŞURĂTOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANŢATE 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 = 1x2	4	5=3x4

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

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul de la pct. 2.1 din Anexa 3b se întocmeşte 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 spitaliceşti.

2.2. DESFĂŞURĂTOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE PE LUNA ..... ANUL .....

Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate şi 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)x3	5	6 = 4x5	7

[1]) Conform raportului 1.1 din Anexa 3a la prezentul ordin.
[2]) Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. **265/408/2010**.
[3]) Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. **265/408/2010**.
[4]) Reprezintă diferenţa dintre suma realizată din col. 6 din desfăşurătorul 2.2 şi suma din col. 5 din desfăşurătorul 2.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea.
*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr. 17 la Ord. nr. **265/408/2010**.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul de la pct. 2.2 din Anexa 3b se întocmeşte 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 spitaliceşti.

Anexa 3^b^bis:

Judeţul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale
~~DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANŢATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE PE TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....~~
*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*

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

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*
~~[1]) Conform raportului 1.2 din Anexa 3a la prezentul ordin; Numărul de cazuri nu poate depăşi un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului; datele din col. 2 sunt raportate în conf. cu art. 70 alin. (3), respectiv la alin. (4) din HG nr. **262/2010** iar decontarea acestora se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat.~~
*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*
~~[2]) Conform raportului 1.2 din Anexa 3a la prezentul ordin, dar nu mai mare decât cel stabilit conform Anexei nr. 17 a) la Ordinul nr. **265/408/2010**.~~
*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*
~~[3]) Conform Anexei 17a) la Ordinul nr. **265/408/2010**, decontarea cazurilor prevăzute la art. 70 alin. (3), respectiv la alin. (4) din HG nr. **262/2010** se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat.~~
*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*
~~[4]) Conform raportului 1.2 din Anexa 3a la prezentul ordin.~~
*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*
~~*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ord. nr. **265/408/2010**, Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.~~

Desfăşurător pentru decontarea serviciilor medicale spitaliceşti furnizate în regim de spitalizare continuă, finanţate pe baza grupelor de diagnostice
Pe Trimestrul/Trimestrele ..... Anul .....

Nr. cazuri externate raportate şi validate[1]		ICM realizat[2]	Nr. cazuri ponderate validate		Tarif pe caz ponderat[3]	Coeficientul cazurilor extreme - K[4]	Suma contractată	Suma realizată*)
Total	Din care nr. cazuri externate (reinternate şi transferate)		Total	Din care nr. cazuri (reinternate şi transferate)				
1	2	3	4 = 1 x 3	5 = 2 x 3	6	7	8	9 = (4 x 6 x 7)- (5 x 6 x 50% x 7)

[1] Conform raportului 1.2 din anexa 3-a la prezentul ordin, numărul de cazuri nu poate depăşi un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului; datele din coloana 2 sunt raportate în conformitate cu art. 70 alin. (3), respectiv alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, iar decontarea acestora se realizează în cotă de 50% din tariful pe caz rezolvat.
[2] Conform raportului 1.2 din anexa 3-a la prezentul ordin, dar nu mai mare decât cel stabilit conform anexei nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010.
[3] Conform anexei 17 a) la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, decontarea cazurilor prevăzute la art. 70 alin. (3), respectiv alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 se realizează în cotă de 50% din tariful pe caz rezolvat.
[4] Conform raportului 1.2 din anexa 3-a la prezentul ordin.
****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la această dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.***
*(la data 11-aug-2010 anexa 3^B^BIS modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 672/2010**)*
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul din Anexa 3b bis se întocmeşte 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 spitaliceşti.

Anexa 3^c:

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
ŞCOALA NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI
RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI .....
LUNA/TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

	Nr. cazuri externate	Nr. cazuri externate	Nr. cazuri externate

Secţia/compartimentul*	raportate la SNSPMPDMB	raportate şi validate de SNSPMPDMB	raportate şi nevalidate
TOTAL SPITAL			

*) Compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale.

Formularele se transmit de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Medical Bucureşti (SNSPMPDMB) către spital şi casele de asigurări de sănătate.

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general

SCOALĂ NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI

Director general

Anexa 3[d]:

Judeţul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15

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

Secţia/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare[1])	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment, contractat	Suma realizată***
1	2	3	4	5	6= 2x4x5 sau 6=3x5
TOTAL SPITAL					

*) Compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale.

**) Se va completa lunar pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie - prematuri mici şi foarte mici, TBC, pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Cod penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col. 6 = col. 3 x col. 5.

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

[1]) Conform Anexei 19 la Ordinul nr. **265**/**408/2010** pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secţiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul 1.1 din Anexa 3d se întocmeşte 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 spitaliceşti.

1.2. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secţia/compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate şi nevalidate în luna anterioară[1])	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare[2])	Tarif pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment contractat	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă[3])
1	2	3	4	5	6	7= (2-3) x 5x6 sau 4x6	8
TOTAL SPITAL							

*) Compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale.

**) Se va completa lunar pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie - prematuri mici şi foarte mici, TBC, pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Cod penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col. 7 = col. 4 x col. 6.

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

[1]) Conform formularului din Anexa nr. 3c la prezentul ordin.

[2]) Conform Anexei 19 la Ordinul nr. **265**/**408/2010** pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secţiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

[3]) Reprezintă diferenţa dintre suma realizată din col. 7 din desfăşurătorul 1.2 şi suma din col. 6 din desfăşurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul 1.2 din Anexa 3d se întocmeşte 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 spitaliceşti.

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

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

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul 1.3 din Anexa 3d se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 spitaliceşti.

Anexa 3$^{d^{bis}}$:

Judeţul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

*) Compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii) din alte spitale.

**) Se va completa trimestrial pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Cod penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent pentru care serviciile medicale spitaliceşti se decontează în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col. 9 = col. 5 x col. 7.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr. 17 la Ord. nr. 265/408/2010; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

[1]) Conform raportului formularului din Anexa nr. 3c la prezentul ordin.

[2]) Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 265/408/2010 pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secţiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătorul din Anexa 3d bis se întocmeşte 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 spitaliceşti.

Anexa 3^{e}:

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ŞCOALA NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI

~~RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEŞTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI .....~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^E modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 672/2010**)*

~~LUNA/TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^E modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 672/2010**)*

~~Secţia/compartimentul*~~	~~Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDMB~~	~~Nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDMB~~	~~Nr. cazuri externate (reinternate şi transferate)**, raportate şi validate de SNSPMPDMB~~	~~Nr. cazuri externate raportate şi nevalidate~~
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
~~TOTAL SPITAL~~	-	-	-	-

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^E modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 672/2010**)*

~~*) Compartiment de acuţi aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici şi de recuperare.~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^E modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 672/2010**)*

~~Formularele se transmit de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Medical Bucureşti (SNSPMPDMB) către spital şi casele de asigurări de sănătate.~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^E modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 672/2010**)*

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

Raport de activitate pentru serviciile spitaliceşti furnizate în regim de spitalizare continuă finanţate pe bază de tarif mediu pe caz rezolvat al Spitalului .....

Luna/Trimestrul/Trimestrele ..... Anul .....

Secţia/compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDMB	Nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDMB		Nr. cazuri externate raportate şi nevalidate
		Total	Din care nr. cazuri externate (reinternate şi transferate)**)	
TOTAL SPITAL:				

****) Compartiment de acuţi, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici şi de recuperare. Formularele se transmit de la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Medical Bucureşti (SNSPMPDMB) către spital şi casele de asigurări de sănătate.***

*****) Conform art. 70 alin. (3) şi (4) din Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. Se completează doar la raportul trimestrial.***

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^E modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 672/2010**)*

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general

SCOALĂ NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ŞI PERFECŢIONARE ÎN DOMENIUL MEDICAL BUCUREŞTI

Director general

Anexa 3^{f}:

Judeţul

Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE PENTRU AFECŢIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17a) LA ORDINUL NR. **265/408/2010**, PRECUM ŞI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE, PENTRU PERIOADA 1-15

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

Secţia/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**
1	2	3	4=2x3
TOTAL SPITAL			

*) Compartiment de acuţi aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici şi de recuperare.
) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr. 17 la Ord. nr. **265/408/2010.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....

Notă: Desfăşurătorul 1.1 din Anexa 3f se întocmeşte 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 spitaliceşti.

1.2. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE PENTRU AFECŢIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17a) LA ORDINUL NR. **265/408/2010**, PRECUM ŞI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

*) Compartiment de acuţi aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii ca structuri distincte în structura spitalelor de cronici şi de recuperare.
) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr. 17 la Ord. nr. **265/408/2010.
[1]) Conform raportului din Anexa nr. 3e la prezentul ordin.
[2]) Reprezintă diferenţa dintre suma realizată din col. 5 din desfăşurătorul 1.2 şi suma din col. 4 din desfăşurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....

Notă: Desfăşurătorul 1.2 din anexa 3f se întocmeşte 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 spitaliceşti.

Anexa 3[g]:

Judeţul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

~~DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE PENTRU AFECŢIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17a) LA ORDINUL NR. 265/408/2010, PRECUM ŞI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI ACORDATE ÎN SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^G modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 672/2010**)*

~~Secţia/compartiment*~~	~~Nr. cazuri externate contractate~~	~~Nr. cazuri externate raportate şi validate~~	~~Nr. cazuri externate (reinternate şi transferate), raportate şi validate[1]~~	~~Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat[2]~~	~~Suma contractată~~	~~Suma realizată**~~
~~1~~	~~2~~	~~3~~	~~4~~	~~5~~	~~6=2x5~~	~~7= (3x5)+(4x5x50%)~~
-	-	-	-	-	-	-
~~TOTAL SPITAL~~	-	-	-	-	-	-

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^G modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 672/2010**)*

~~*) Compartiment de acuţi de sine stătător aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii în structura spitalelor de cronici şi de recuperare.~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^G modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 672/2010**)*

~~**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ord. nr. 265/408/2010, Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.~~

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^G modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 672/2010**)*

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

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^G modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 672/2010**)*

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

Desfăşurător pentru decontarea serviciilor medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi din spitalele de cronici şi de recuperare, pentru trimestrul/trimestrele ..... anul .....

Secţia/compartiment*)	Nr. cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate raportate şi validate		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat[2]	Suma contractată	Suma realizată**)
		Total	Din care nr. cazuri externate (reinternate şi transferate)[1]			
1	2	3	4	5	6 = 2 x 5	7 = (3 x 5)-(4 x 5 x 50%)
TOTAL SPITAL:						

) Compartiment de acuţi de sine stătător, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii în structura spitalelor de cronici şi de recuperare.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) pct. 2 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la această dată, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.***

[1] Conform raportului din anexa nr. 3-e la prezentul ordin, datele din coloana 4 sunt raportate în conformitate cu art. 70 alin. (3), respectiv alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, iar decontarea acestora se realizează în cotă de 50% din tariful pe caz rezolvat.

[2] Decontarea cazurilor prevăzute la art. 70 alin. (3), respectiv alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 se realizează în cotă de 50% din tariful mediu pe caz rezolvat.

*(la data 11-aug-2010 anexa 3^G modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 672/2010**)*

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul din Anexa 3g se întocmeşte 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 spitaliceşti.

Anexa 3[h]:

Judeţul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZĂ DE TARIF/SERVICIU MEDICAL, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr. servicii medicale		Tarif**/serviciu medical contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată*
	Contractat	Realizat*			
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC3	C5=C2xC3
TOTAL			x		

*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 şi lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010.
**) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitaliceşti se stabileşte conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul 1.1 din Anexa 3h se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

1.2. DESFĂŞURĂTOR PRIVIND EVIDENŢA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 265/408/2010	Număr înregistrare fişă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat în evidenţă asiguratul	Total servicii medicale spitaliceşti 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 şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul 1.2 din Anexa 3h se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

2.1. DESFĂŞURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANŢATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL ..... ANUL .....

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=C1xC3	C5=C2xC3
TOTAL			x		

*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 şi lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010.
**) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitaliceşti se stabileşte conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 265/408/2010.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul 2.1 din Anexa 3h se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

2.2. DESFĂŞURĂTOR PRIVIND EVIDENŢA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ŞI FINANŢATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi	Număr înregistrare fişă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat în evidenţă asiguratul	Total servicii medicale spitaliceşti realizate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL	x	x	x	

Total col. C4 din tab. 2.2 = total col. C2 din tab. 2.1.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Notă: Desfăşurătorul 2.2 din Anexa 3h se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Anexa 3[i]:

Judeţul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1. Desfăşurătorul sumelor acordate pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 47, alin. (2), lit. b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010*.
*) Conform Actului adiţional I la Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Precizare:

Desfăşurătorul de la pct. 1 se adaptează conform modelelor desfăşurătoarelor utilizate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice.

2. Desfăşurătorul sumelor acordate pentru investigaţiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale paraclinice*.

*) Conform Actului adiţional II la Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Precizare:

Desfăşurătorul de la pct. 2 se adaptează conform modelelor desfăşurătoarelor utilizate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfăşurătoarele din Anexa 3i se întocmesc lunar şi 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 spitaliceşti.

Anexa 4[a]:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

DESFĂŞURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE

Luna/Trim .....

Tip autovehicul	Total Km echivalenţi în mediul urban		Total Km realizaţi pentru mediul rural		Tarif pe km negociat şi contractat*	Coeficient de ajustare corespunzător timpilor de aşteptare**	Total sumă		Suma decontată***
	Contractaţi	Echivalenţi parcurşi	Contractaţi	Efectiv realizaţi			Contractată	Realizată***	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x (C2+C4)	C9	C10 = C8 sau C9
Subtotal 1 - km aferenţi serviciilor medicale de urgenţă					x	x			
Subtotal 2 - km aferenţi serviciilor de transport sanitar					x	x			
						x			
						x			
Subtotal 3 - km aferenţi consultaţiilor de urgenţă la domiciliu					x	x			
TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2 + subtot. 3)					x	x			

*) Se stabileşte în limita tarifelor maximale prevăzute la art. 7 alin. (1) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**.

) Coeficienţii de ajustare corespunzători timpilor de aşteptare sunt prevăzuţi la art. 7 alin. (2) şi se aplică în condiţiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. **265/**408/2010**.

***) C9 = (C3+C5)xC6 sau C9 = (C3+C5)xC6 + [(C2-C3)+(C4-C5)] x C6 x C7, după caz; Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 alin. (2) şi alin. (3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

Notă:

Desfăşurătorul din Anexa 4a se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 urgenţă şi transport sanitar.

Anexa 4[b]:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

DESFĂŞURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APĂ

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

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

*) Coeficienţii de ajustare corespunzători timpilor de aşteptare se stabilesc conform art. 5 (2) lit. b din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.
**) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.
Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentant legal
.....
Notă:
Desfăşurătorul din Anexa 4b se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 urgenţă şi transport sanitar.

Anexa 4^{c}:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

1. _

1.1. DESFĂŞURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENŢĂ

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

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de intervenţie*	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A şi B din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat şi contractat	Coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare***	Total suma		Suma decontată****
			Contractat	Realizat**			Contractat	Realizat	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C3 x C5 x 1	C8 = C4xC5xC6	C9 = (C7 sau C8)
TOTAL		x			x				

*) Tipurile de mijloace specifice de intervenţie sunt potrivit art. 6 din Anexa 22 la Ord. nr. 265/408/2010; În cazul autoturismelor de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu, raportarea datelor se va face conform formularelor din Anexa 4d.
**) Numărul de solicitări realizat nu poate fi mai mare decât numărul de solicitări calculat: Numărul de solicitări contractat/Coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare.
***) Reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare, definit la art. 5 alin. (2) lit. d) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.
Coeficientul corespunzător timpilor de aşteptare = Timpul de aşteptare realizat/Timpul de aşteptare contractat =
Timpul de aşteptare realizat =
Timpul de aşteptare contractat =
****) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.

1.2. Evidenţa după cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenţă

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

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A şi B din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	CNP*		
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de bază	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigură 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 şi exactitatea datelor
Reprezentant legal
.....

2. Notă:

2.1. Desfăşurătorul se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 urgenţă şi transport sanitar.

2.2. Desfăşurătorul se completează distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule şi pe apă.

Anexa 4^{d}:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

1. _

1.1. DESFĂŞURĂTOR AL CONSULTAŢIILOR DE URGENŢĂ LA DOMICILIU

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

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenţie transport pe apă pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. C din Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat şi contractat	Total suma		Suma decontată*
			Contractat	Realizat		Contractată	Realizată	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C5	C7 = C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
Subtotal 1 - solicitări pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanenţă					x			
Subtotal 2 - solicitări pentru consultaţiile acordate de medicii din unităţile medicale specializate					x			
TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2)					x			

*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condiţiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 265/408/2010.

1.2. Evidenţa după cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenţă

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

Nr.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. C din	CNP*		
		beneficiare a	beneficiare a	beneficiare a pachetului de

crt.	Anexa 21 la Ordinul nr. 265/408/2010	pachetului de servicii medicale de bază	pachetului minimal de servicii medicale	servicii medicale pentru pers. care se asigură 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 şi exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

2. Notă:

2.1. Desfăşurătorul se întocmeşte bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 urgenţă şi transport sanitar.

2.2. Desfăşurătorul se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenţie transport pe apă.

Anexa 5[a]:

~~Casa de asigurări de sănătate~~

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

~~-~~

~~Localitatea~~

~~-~~

~~Judeţul~~

~~DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU, APROBATE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE~~

~~LUNA ..... ANUL .....~~

~~Nr. crt.~~	~~Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu*~~	~~Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi~~																															~~Total servicii realizate~~	~~Total număr zile de îngrijire**~~	~~Tarif ***/zi de îngrijire~~	~~Suma decontată de CAS~~
		~~1~~	~~2~~	~~3~~	~~4~~	~~5~~	~~6~~	~~7~~	~~8~~	~~9~~	~~10~~	~~11~~	~~12~~	~~13~~	~~14~~	~~15~~	~~16~~	~~17~~	~~18~~	~~19~~	~~20~~	~~21~~	~~22~~	~~23~~	~~24~~	~~25~~	~~26~~	~~27~~	~~28~~	~~29~~	~~30~~	~~31~~				
~~C0~~	~~C1~~	~~C2~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~C3~~	~~C4~~	~~C5~~	~~C6 = C4 x C5~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
~~TOTAL~~		~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~x~~	~~-~~

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

~~**) conform art. 9 alin. (3) din Anexa nr. 25 la Ordinul nr. 265/408/2010.~~

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

~~Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor~~

~~Reprezentantul legal al furnizorului~~

~~.....~~

~~Note:~~

~~1 Desfăşurătorul din Anexa 5a se întocmeşte în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.~~

~~2 Desfăşurătorul din Anexa 5a se întocmeşte distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu.~~

Casa de Asigurări de Sănătate .....

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

Localitatea .....

Judeţul .....

Desfăşurătorul serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, aprobate de casa de asigurări de sănătate

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

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

**** Conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Conform art. 9 alin. (3) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

NOTE:

1. Desfăşurătorul din anexa nr. 5 a se întocmeşte în două exemplare, din care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Desfăşurătorul din anexa nr. 5 a se întocmeşte distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv de îngrijiri paliative la domiciliu.

*(la data 03-aug-2010 anexa 5^A modificat de Art. I, punctul 15. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 5[b]:

~~Casa de asigurări de sănătate~~ ~~Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu~~

~~-~~ ~~Localitatea~~

~~-~~ ~~Judeţul~~

~~DESFĂŞURĂTORUL ASIGURAŢILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU~~

~~LUNA ..... ANUL .....~~

~~Nr. crt.~~	~~Codul numeric personal al asiguratului~~	~~Medicul de specialitate care a făcut recomandarea~~	~~Cod parafă medic~~	~~Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu~~	~~Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu~~	~~Data sfârşitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu~~	~~Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/ îngrijirile paliative la domiciliu**~~	~~Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu*~~	~~Total nr. servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative acordate, pe tipuri~~
~~C1~~	~~C2~~	~~C3~~	~~C4~~	~~C5~~	~~C6~~	~~C7~~	~~C8~~	~~C9~~	~~C10~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
								~~-~~	~~-~~
								~~-~~	~~-~~
~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~	~~-~~
								~~-~~	~~-~~
								~~-~~	~~-~~

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

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

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

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

~~Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor~~

~~Reprezentantul legal al furnizorului~~

~~.....~~

~~Note:~~

~~1 Desfăşurătorul din Anexa 5b se întocmeşte în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.~~

~~2 Desfăşurătorul din Anexa 5b se întocmeşte distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu.~~

Casa de Asigurări de Sănătate .....

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

Localitatea .....

Judeţul .....

Desfăşurătorul asiguraţilor care au beneficiat în baza recomandării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafă medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârşitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. de zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/îngrijirile paliative la domiciliu*	Tarif/zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS*** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
1								100	
								50	
Subtotal CNP 1								x	
2								100	
								50	
Subtotal CNP 2								x	
TOTAL GENERAL (subtotal CNP 1 + subtotal CNP 2 + ...)								x	

**** Conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

***** Conform art. 2 alin. (2), art. 5 alin. (2) şi art. 9 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

****** Conform art. 9 alin. (3) şi (4) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările şi completările ulterioare.***

Subtotal CNP 1 col. C8 din anexa nr. 5 b = subtotal CNP 1 col. C5 din anexa nr. 5a.

Subtotal CNP 2 col. C8 din anexa nr. 5 b = subtotal CNP 2 col. C5 din anexa nr. 5a.

TOTAL GENERAL col. C8 din anexa nr. 5 b = TOTAL GENERAL col. C5 din anexa nr. 5a.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

NOTE:

1. Desfăşurătorul din anexa nr. 5 b se întocmeşte în două exemplare, din care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Desfăşurătorul din anexa nr. 5 b se întocmeşte distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

*(la data 03-aug-2010 anexa 5^B modificat de Art. I, punctul 16. din **Ordinul 639/2010**)*

Anexa 6[a]:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Judeţul

1.1. Desfăşurătorul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în sanatorii balneare

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

Nr. crt.	Tipul de asistenţă balneară	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat*	Suma contractată**	Total sumă realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC5	C7 = C4xC5

	TOTAL			x		

*) Se stabileşte conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul **265**/**408/2010**.
) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform art. 1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul **265/**408/2010**.
***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 şi art. 6 alin. (2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. **265**/**408/2010**; Col. C7 nu cuprinde suma suportată de asiguraţi, conform art. 1, alin. (2), lit. b) din Anexa nr. 28 la ordin.

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

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....

Notă:
Desfăşurătoarele din Anexa 6a se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 sănătăţii.

Anexa 6[b]:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

1.1. Desfăşurătorul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în sanatorii, secţii sanatoriale din spitale şi în preventorii

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

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

*) Se stabileşte conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul **265**/**408/2010**.
) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 şi art. 6 alin. (2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. **265/**408/2010**.

1.2. Desfăşurătorul C.N.P.-urilor beneficiare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii acordate în sanatorii, secţii sanatoriale din spitale şi în preventorii

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

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

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....

Notă:
Desfăşurătoarele din Anexa 6b se întocmesc bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) şi 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 sănătăţii.

Anexa 7[a]:

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Judeţul

Reprezentantul legal al furnizorului
Medic de familie/Medic de specialitate din ambulatoriu ..... (nume prenume)
CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu .....

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

A) Afecţiuni incluse în Programele Naţionale de Sănătate:

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

B) Afecţiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

Nr. crt.	Cod numeric personal/Cod de identificare	Vârsta*	Codul categoriei din care face parte asiguratul**	Data intrării în evidenţa medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieşirii din evidenţa medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Proceduri intervenţionale percutane după implantarea unui stent (G3)					
1.					
2.					
...					
2. Hepatita cronică de etiologie virală (G4)					
1.					
2.					
...					
3. Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2.					
...					
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)					
1.					
2.					
...					
5. Epilepsie (G11)					
1.					
2.					
...					
6. Boala Parkinson (G12)					
1.					
2.					
...					
7. Scleroza multiplă (G14)					
1.					
2.					
...					
8. Demenţe degenerative, vasculare, mixte (G16)					
1.					
2.					
...					
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară şi tumori neuroendocrine) (G22)					
1.					
2.					
...					
10. Boala Gaucher (G29)					
1.					
2.					
...					
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)					
1.					
2.					
...					
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)					
1.					
2.					
...					
13. Artropatia psoriazică (G31c)					
1.					
2.					
...					
14. Spondilita ankilozantă (G31d)					
1.					
2.					
...					
15. Artrita juvenilă (G31e)					
1.					
2.					
...					
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)					
1.					
2.					
...					

*) Se va menţiona vârsta împlinită a persoanei cu afecţiune cronică. Pentru asiguraţii 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

C) Notă:

1. În situaţia în care o persoana prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidenţa cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate.

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

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

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza în funcţie de mişcarea lunară a persoanelor cu afecţiuni cronice pe baza anexei 7b.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data: .....

Anexa 7[b]:

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Judeţul

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie/Medic de specialitate din ambulatoriu ..... (nume prenume)

CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu .....

MIŞCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR CU AFECŢIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENŢĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE

FAMILIE/MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU ÎN LUNA ..... ANUL .....

I. Intrări/Ieşiri în/din evidenţă

A) Afecţiuni incluse în Programele Naţionale de Sănătate:

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

B) Afecţiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

Nr. crt.	Cod numeric personal/Cod de identificare	Vârsta*	Codul categoriei din care face parte asiguratul**	Data intrării în evidenţa medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieşirii din evidenţa medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Proceduri intervenţionale percutane după implantarea unui stent (G3)					
1.					
2.					
...					
2. Hepatita cronică de etiologie virală (G4)					
1.					
2.					
...					
3. Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2.					
...					
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)					
1.					
2.					
...					
5. Epilepsie (G11)					
1.					
2.					
...					
6. Boala Parkinson (G12)					
1.					
2.					
...					
7. Scleroza multiplă (G14)					
1.					
2.					
...					
8. Demenţe degenerative, vasculare, mixte (G16)					
1.					
2.					
...					
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară şi tumori neuroendocrine) (G22)					
1.					
2.					
...					
10. Boala Gaucher (G29)					
1.					
2.					
...					
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)					
1.					
2.					
...					
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)					
1.					
2.					
...					
13. Artropatia psoriazică (G3Ic)					
1.					
2.					
...					
14. Spondilita ankilozantă (G3 ld)					
1.					
2.					
...					
15. Artrita juvenilă (G31e)					
1.					
2.					
...					
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)					
1.					
2.					

...					

*) Se va menţiona vârsta împlinită a persoanei cu afecţiune cronică. Pentru asiguraţii 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

II. Recapitulaţia persoanelor cu afecţiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu

Lista afecţiunilor cronice pentru care se organizează evidenţă distinctă la nivelul medicului de familie, medicului de specialitate din ambulatoriu*	Număr persoane cu afecţiuni cronice:			
	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii precedente	Intrări	Ieşiri	Rămaşi în evidenţă la sfârşitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
A. Afecţiuni incluse în Programele Naţionale de Sănătate:				
1. Afecţiunile oncologice				
2. Diabetul zaharat				
3. Starea posttransplant				
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică)				
5. Insuficienţa renală cronică în dializă şi predializă (G25)				
B. Afecţiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS				
1. Proceduri intervenţionale percutane după implantarea unui stent (G3)				
2. Hepatita cronică de etiologie virală (G4)				
3. Ciroza hepatică (G7)				
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări comice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)				
5. Epilepsie (G11)				
6. Boala Parkinson (G12)				
7. Scleroza multiplă (G14)				
8. Demenţe degenerative, vasculare, mixte (G16)				
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară şi tumori neuroendocrine) (G22)				
10. Boala Gaucher (G29)				
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)				
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)				
13. Artropatia psoriazică (G31c)				
14. Spondilita ankilozantă (G31d)				
15. Artrita juvenilă (G31e)				
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)				
TOTAL				

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

III. Notă:

1. În situaţia în care o persoana prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidenţa cuprinde mişcarea lunară a persoanelor care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate.

3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidenţa cuprinde mişcarea lunară a persoanelor monitorizate conform prevederilor legale în vigoare şi care se prezintă pentru consultaţie la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

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

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

Validat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data: .....

ANEXA 8: FORMULAR pentru raportarea în data .../.../2010 a medicamentelor şi materialelor sanitare

Nr. crt.	Data*) eliberării			CAS cu care se află în relaţie contractuală	Denumirea furnizorului (societate comercială farmaceutică)	CUI furnizor (societate comercială farmaceutică)	Date contract încheiat cu CAS				TOTAL medicamente cu şi fără contribuţie personală - lei -	Din care:						
							Nr. contract	Data*) contractului				Medicamente eliberate corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS**) - lei -	Medicamente şi materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ***) - lei -						
	An	Lună	Zi					An	Lună	Zi			P3 (programul naţional de oncologie)	P5 (programul naţional de diabet zaharat. Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat)	P6.2. (Epidermoliza buloasă)	P6.4 (Mucoviscidoză)	P6.5 (Screloză laterală amiotrofică)	P9.7 (Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienţilor transplantaţi)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....

) Data se completează în cifre.

****) Conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.***

*****) Se completează pentru fiecare program pentru care medicamentele, respectiv materialele sanitare se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naţionale de sănătate în vigoare şi a normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate în vigoare.***

******) Se completează contravaloarea procentului de compensare de 40% din preţul de referinţă pentru medicamentele din sublista B eliberate conform Programului pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună şi pentru care decontarea se face prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii către bugetul FNUASS.***

Precizări:

1.Se raportează datele corespunzătoare tuturor farmaciilor şi oficinelor locale de distribuţie pentru care societatea comercială farmaceutică a încheiat contract cu CAS.

2.Col. 11 > col. 12 + col. 13 + col. 14 + col. 15 + col. 16 + col. 17 + col. 18 + col. 19.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă:

Formularul din anexa nr. 8 se transmite caselor de asigurări de sănătate zilnic până la ora 12,00, în format electronic, pentru ziua anterioară.

*(la data 21-mai-2010 anexa 7^B completat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 475/2010**)*

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 296 bis din data de 6 mai 2010

Forma sintetică la data 30-aug-2010. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® şi tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.