



**CASA ASIGURARILOR DE SANATATE A  
MINISTERULUI TRANSPORTURILOR,  
CONSTRUCTIILOR SI TURISMULUI**

Operator de date cu caracter personal nr 245

Bdul Dinicu Golescu nr 38, Bucuresti sector 1

Tel : 031.715.26.01 / 02 Fax : 031.715.26.11  
E-mail: casmtct@casmtct.ro www.casmtct.ro

Catre,  
**FURNIZORUL DIN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA**



Prin prezenta va reamintim o serie de prevederi legale si va aducem la cunostinta modificarile legislative din sistemul de asigurari sociale de sanatate in anul 2012:

**A. Referitor la modalitatea de completare a Biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice**

1. **Toate datele** prevazute in formularele unice ale biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice, reglementate de Ordinul MS/CNAS nr 868/542/2011 cu modificarile si completarile ulterioare, sunt obligatorii de completat de catre medicul trimitator, **inclusiv campul "cetatenia"**.

2. Campurile obligatorii a fi completate de medicul trimitator, prin scriere sau bifare sunt: campul 1, campul 2, campul 3, campul 4 si campul 7. **Toate informatiile din aceste campuri sunt obligatorii. Se bifeaza cu "x" :**

- casuta "P" - pt efectuarea de investigatii specifice pacientilor cu diagnostic de diabet zaharat si/sau afectiuni oncologice (valabilitate bilet de trimitere= 90 de zile)
- casuta "A/S" - pt efectuarea de investigatii specifice pacientilor cu afectiuni acute/subacute (valabilitate bilet de trimitere=30 de zile)
- casuta "C" - pt efectuarea de investigatii specifice pacientilor cu afectiuni cronice, altele decat diabetul zaharat si/sau afectiuni oncologice (valabilitate bilet de trimitere=60 de zile)
- asiguratul are obligatia de a se **prezenta** in termen de **10 zile calendaristice** la un furnizor de servicii medicale paraclinice in vederea efectuarii investigatiilor recomandate/programarii, **in caz contrar biletul de trimitere isi pierde valabilitatea!**

3. Pe formularul de bilet de trimitere se bifeaza o singura categorie de asigurat!

4. **Investigatiile recomandate vor fi scrise lizibil, una sub alta, cu litere majuscule. Nu este permisa notarea a 2 investigatii pe acelasi rand!!!!** Prezenta doar a 15 pozitii pe biletul de trimitere nu limiteaza dreptul asiguratului de a beneficia de un numar mai mare de investigatii medicale paraclinice

5. Investigatiile recomandate trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul cunoscut sau prezumtiv.

6. In situatia in care, in interiorul carnetului cu bilete de trimitere exista formulare gresit tiparite, incomplete **sau completate gresit** de catre medic, se va scrie cuvantul "ANULAT" pe formular si acesta nu va fi decupat din carnet." In consecinta:

- biletul de trimitere cu **date incomplete si/sau completate gresit nu poate fi modificat**, semnat si parafat de catre persoana care a completat initial datele, **fiind obligatorie anularea acestuia si eliberarea unui nou formular de bilet de trimitere**

- nu se accepta la decontare formulare de bilete de bilete de trimitere modificate, semnate si parafate de catre persoana care a completat initial datele

- **furnizorii care utilizeaza aplicatii informatice** pentru tiparirea biletelor de trimitere, **au obligatia de a-si actualiza softul** astfel incat, noile rubrici introduse in formularul de bilet

de trimitere (tipul de diagnostic "P, A/S, C" si campul 7) sa fie completate electronic si tiparite pe formular , nu completate cu pixul

## **B. Referitor la modalitatea de completare a Biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletul de internare**

1. **Toate datele** prevazute in formularele unice ale biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/bilet de internare, reglementate de Ordinul MS/CNAS nr 867/541/2011 cu modificarile si completarile ulterioare, sunt obligatorii de completat de catre medicul trimitator, **inclusiv campul "cetatenia"**.

2. Campurile obligatorii a fi completate de medicul trimitator, prin scriere sau bifare sunt: campul 1, campul 2, campul 3 , campul 4 , campul 5(dupa caz) , campul 6, campul 7 (dupa caz) , campul 8 si campul 9. **Toate informatiile din aceste campuri sunt obligatorii.**

3. In situatia in care, in interiorul carnetului cu bilete de trimitere exista formulare gresit tiparite, incomplete **sau completate gresit** de catre medic, se va scrie cuvantul "ANULAT" pe formular si acesta nu va fi decupat din carnet." In consecinta:

- biletul de trimitere cu **date incomplete si/sau completate gresit nu poate fi modificat**, semnat si parafat de catre persoana care a completat initial datele, **fiind obligatorie anularea acestuia si eliberarea unui nou formular de bilet de trimitere**

### **4. Modalitatea de completare a campului 8 – numar consultatii acordate**

a. se bifeaza casuta "**acut/subacut**" in situatia in care consultatiile au fost acordate pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta pentru care pacientul este trimis pentru consultatie de specialitate; in prima casuta se completeaza nr de consultatii acordate pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta, cifra care poate fi **1 sau 2**.

b. se bifeaza casuta "**asociate**" in situatia in care in cadrul unui episod de boala acuta/subacuta se diagnosticheaza una sau mai multe afectiuni acute/subacute; in prima casuta se completeaza dupa cum urmeaza:

- cifra "**1**" cand la prima consultatie dintr-un episod de boala acuta/subac s-au diagnosticat 2 sau mai multe afectiuni acute/subac
- cifra "**2**" cand in derularea unui episod de boala acuta/subac , la a doua consultatie a aparut o alta afectiune acuta/subac
- cifra "**3**" cand in derularea unui episoade de boala acuta/subac la a treia consultatie a aparut o alta afectiune acuta/subac

## **C. Referitor la pachetul de servicii medicale in asistenta medicala primara**

1. Serviciul "**Supraveghere si depistare boli cu potential endemo-epidemic- cod serviciu SD**" – se raporteaza si se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata. **Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din Anexa nr.1 la H.G. nr.1186/2000** pentru aprobarea listei cuprinzand urgentele medico-chirurgicale precum si bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguratii beneficiaza de indemnizatie pentru capacitate temporara de muncă fără condiții de stagi de cotizare.

2. Serviciul "**Consultații pentru planificare familială – cod serviciu SPF**" cupinde 2 tipuri de servicii:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b).

Se raportează si se deconteaza **două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.**

3. Serviciul "**Consultații la domiciliu- cod serviciu CD**" – se raporteaza si se deconteaza maximum 20 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

Consultațiile la domiciliu se consemnează în „Caietul de consultatii la domiciliu” care va conține: data și ora consultației, numele prenumele si CNP-ul asiguratului căruia i s-au

acordat serviciile medicale, motivul deplasării la domiciliu, diagnosticul prezumat, tratamentele administrate, semnătura beneficiarului sau numele, prenumele, CNP-ul și semnătura aparținătorului, bilet de trimitere (seria și numărul ), după caz. Informațiile din Caietul de consultații la domiciliu se transcriu în fișa medicală.

4. Se elimina serviciul " consultație pentru unele afecțiuni cronice din anexa 39A – codificare CAF".

Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice,( inclusiv afecțiunile prevăzute în anexa 39A, pentru care se mentine obligativitatea organizarii evidentei specifice), casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice o consultație lunară, iar prescripția/prescripțiile medicală/medicale aferentă/aferente pot fi eliberate pentru 30/31, 60/62 sau 90/92 de zile.

5. Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculata în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 consultații/zi, cu condiția asigurării continuității acordării asistenței medicale pe întreg parcursul trimestrului.

#### **D. Referitor la recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu**

1. Medicii de familie pot recomanda îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații cu afecțiuni oncologice sau AVC, numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate.

2. Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 C la Ordinul MS/CNAS nr 1723/950/2011, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini.

3. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în în registrul de consultații și fișa medicala a pacientului.

4 Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul MS/CNAS nr 1723/950/2011.este obligatorie precizarea ritmicității/periodicității serviciilor recomandate, si a duratei pentru care asiguratul poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, durata care nu poate fi mai mare de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).

#### **E. Referitor la recomandarile pentru obtinerea de dispozitive medicale – protezare stomii si incontinenta urinara**

1. Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieșire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

2. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

3. În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

4. Prescripția medicala este sub forma unei **recomandări medicale tipizate** conform modelului prevăzut în **Anexa nr .35 C** la Ordinul MS/CNAS nr 1723/950/2011.

5. Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență urinară în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv

„incontinență urinară permanentă”. In aceasta situatie, prescriptia medicala se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

#### **F. Referitor la prescripțiile medicale cu si fara contributie personala**

1. Persoanele care beneficiaza numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ, asiguratii care solicita efectuarea serviciilor medicale inaintea datei programate in situatiile programabile, precum si persoanele care solicita servicii medicale la cerere, **suporta integral costurile pentru tratamentele recomandate**. In acesta situatie furnizorul de servicii medicale are dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale **dar nu are dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate**

2. Pe formularul de prescriptie medicala unic pe tara, furnizorul are obligatia de a completa, parafa si bifa toate rubricile ce ii revin; orice modificare va fi datata, semnata si parafata de medicul emitent. **Prescripțiile completate necorespunzător sau incomplete pot fi neonorate de farmacii** ceea ce va duce la nemulțumirea asiguraților si scaderea gradului de satisfactie a acestora.

3. Medicamentele prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit.

4. Pe acelasi formular de prescriptie medicala nu pot fi recomandate medicamente pentru afectiuni acute/subacute si afectiuni cronice.

5. Prescrierea **medicamentelor** care necesita **aprobarea** caselor de asigurari de sanatate sau a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate(CNAS) nu se poate face decat cu aprobarea prealabila a CASMTCT sau a CNAS. **In aceasta situatie, este obligatorie :**

- **completarea subcampului “aprobat comisie” din campul 2 al formularului de prescriptie –dupa cum urmeaza: grupa de boala cronica, numar si data aprobare (ex G16345005012012 – in care G16 este codul de boala, 345 nr aprobarii si 05012012 data emiterii aprobarii)**

- **completarea subcampului “semnatura medic” din campul 2 al formularului de prescriptie medicala – se executa semantura medicului care a emis prescriptie medicala si se aplica parafa acestuia**

6. Emiterea prescriptiei medicale neinsotita de documentele care atesta existenta unei aprobari valide a CASMTCT sau CNAS dupa caz, nu va fi eliberata de farmacie, va fi considerata prescriere nejustificata a medicului si va fi sanctionata conform prevederilor legale in vigoare.

Va rugam sa luati toate masurile care se impun pentru respectarea prevederilor legale in vigoare si a prevederilor contractului de furnizare de servicii medicale incheiat cu CASMTCT, in vederea cresterii gradului de satisfactie al asiguratilor legat de serviciile medicale furnizate.

Cu stima,

**PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL,**

**Ec. Gabriela ION**



Medic Sef,

Dr Oana Mocanu

DMS/124/12.01.2012