

ORDIN Nr. 563 din 24 aprilie 2009

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

EMITENT: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 346 bis din 25 mai 2009

\*) [Ordinul nr. 563/2009](#) a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 346 din 25 mai 2009 și este reprodus și în acest număr bis.

Având în vedere:

- Referatul Direcției generale relații cu furnizorii nr. 576 din 22 aprilie 2009;
- [art. 14](#) lit. d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;
- [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 416/428/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Contractului-cadru](#) privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009,  
în temeiul prevederilor [art. 281](#) alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al [art. 17](#) alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. 1

(1) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexelor nr. 1-a - 1-k](#).

(2) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexelor nr. 2-a - 2-m](#).

(3) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din unitățile sanitare cu paturi, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexelor nr. 3-a - 3-i](#).

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

(5) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexelor nr. 5-a - 5-b](#).

(6) Se aprobă utilizarea formularelor unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexei nr. 6-a - 6-b](#).

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

#### ART. 2

(1) [Anexele nr. 1 - 6](#) fac parte integrantă din prezentul ordin.

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

#### ART. 3

Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, potrivit formularelor aprobate prin prezentul ordin.

#### ART. 4

(1) Formularele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru persoanele titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CEE nr. 1.408/1971](#) și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) La formularele menționate la alin. (1) se vor atașa, după caz:

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

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

c) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate/formularul european emis în baza [Regulamentului CEE nr. 1.408/1971](#), numărul



2							
:							
N							

\*) Grupa de vârstă se completează conform [art. 1](#) alin. (2) lit. a) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Contractului-cadru](#) privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni la data înscrierii pe listă.

\*\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din [anexa nr. 1-b](#).

Figura 1 Lex: Lista asiguraților înscriși

ANEXA 1-a  
(continuare)

## II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

Nr. crt.	Nume și prenume	Cod numeric personal	Adresa	Vârsta la 01.01.2009	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
:							
N							

### NOTĂ:

1. Formularele din [anexa nr. 1-a](#) se întocmesc în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

Formularele din [anexa nr. 1-a](#) vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medici nou-veniți și numai în format electronic pentru furnizorii care au avut contracte cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale pe baza [anexei nr. 1-c](#) și/sau în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data: .....

## ANEXA 1-b

### CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD
Copil în cadrul familiei	01
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	02*)
Salariat	03
Pensionar pentru limită de vârstă	04
Pensionar de invaliditate	05*)
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	06
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă	07
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	08
Soț, soție, părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	09
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin <a href="#">Decretul-lege nr. 118/1990</a> , republicat, modificat prin <a href="#">O.G. nr. 105/1999</a> , aprobată prin <a href="#">Legea nr. 189/2000</a>	10
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin <a href="#">Legea nr. 44/1994</a>	11
Persoane prevăzute la <a href="#">art. 3</a> alin. (1) lit. b) din <a href="#">Legea nr. 341/2004</a>	12
Pensionari cu venituri din pensii peste limita supusă impozitului pe venit	13
Persoane cu vârsta de peste 18 ani care fac parte din familii beneficiare de ajutor social în baza <a href="#">Legii nr. 416/2001</a>	14
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	15
Liber profesioniști	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultură	17
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu	18*)

au medic încadrat	
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin <a href="#">Legea nr. 309/2002</a>	19
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul <a href="#">Legii nr. 416/2001</a> privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	20
Alte (ex. magistrați-judecători, procurori etc.)	21
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	22
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	23
Persoane care sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane	24
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	25
Persoane cu venituri din chirii	26
Persoane cu venituri din dividende	27
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	28
Persoane care realizează alte venituri impozabile reglementate de <a href="#">Legea nr. 571/2003</a> privind Codul Fiscal ( <a href="#">art. 257</a> lit. f) din <a href="#">Legea nr. 95/2006</a> , cu modificările și completările ulterioare)	29
Persoane care se asigură facultativ	30
Persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani	31
Persoanele asigurate potrivit <a href="#">art. 259</a> alin. (9) din <a href="#">Legea nr. 95/2006</a> , cu modificările și completările ulterioare	32
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de <a href="#">Legea nr. 122/2006</a> privind azilul în România	33

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

## ANEXA 1-c

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de familie .....

I. MIȘCAREA LUNARĂ A ASIGURAȚILOR ÎNSCRIȘI PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ..... ANUL .....

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01.2009*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	A
1								
2								
...								

B. Recapitulăția asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

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

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

Figura 2Lex: Mișcarea lunară a asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie

ANEXA 1-c  
(continuare)

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Cod numeric personal	Adresa	Vârsta la 01.01.2009 (*)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
...							

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

NOTĂ:

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

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

\*\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din [anexa nr. 1-b](#).

1. Formularele 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 în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face plata.

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

### ANEXA 1-d

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de familie .....

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

1. Numărul de puncte "per capita"

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

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

I.

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

b) Dacă total col. 4 este cuprins între 23.000 - 29.000 -->  $23.000 + (\text{Total col. 4} - 23.000) \times 0,75 = \dots\dots\dots$

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

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

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

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

Total col. 4 = .....

II. Pentru medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor [art. 31](#) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2009, cu modificările și completările ulterioare:

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

.....

ANEXA 1-d

(continuare)

III. Pentru medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor [art. 30](#) alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2009, cu modificările și completările ulterioare:

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

.....

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

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

a) Pentru cabinete medicale, altele decât cele de la lit. b)

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. IV din Desfășurătorul punctajului	Din care: Număr de puncte "per capita" pentru cabinet	Număr de puncte "per capita" pentru	Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 1 x procent de majorare	Condiții în care se desfășoară activitatea lucru (col. 3 x procent de	Majorarea/ diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau col. 2 +
--	---	--	---	---	--	---

activității lunare a medicului de familie (col. 1 = col. 2 + col. 3)	(col. 1 x nr. ore din lună aferent cabinet/ nr. total ore din lună)	pct. lucru (col. 1 x nr. ore din lună aferent pct. lucru/ nr. total ore din lună)	sau col. 2 x procent de majorare)	majorare)	profesional (col. 1 x procent de majorare/ diminuare)	col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

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

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Număr de puncte "per capita" pentru cabinet (col. 1 x nr. ore din lună aferent cabinet/nr. total ore din lună)

B - Număr de puncte "per capita" pentru pct. lucru (col. 1 x nr. ore din lună aferent pct. lucru/nr. total ore din lună)

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1 subpct. IV din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie (col. 1 = col. 2 + col. 3)	Din care:		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 1 x procent de majorare sau col. 2 x procent de majorare)	Condiții în care se desfășoară activitatea lucru (col. 3 x procent de majorare)	Majorarea/ diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului titular*)	Majorarea/ diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului angajat**)	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 +/- col. 7) sau (col. 2 + col. 3 + col. 4 + col. 5 +/- col. 6 +/- col. 7)
	A	B					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

NOTĂ:

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

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

Figura 3Lex: Corecția numărului de puncte pentru cabinete medicale individuale care au un medic angajat cu contract individual de muncă

### 3. Recapitulatie punctaj pentru persoane înscrise pe listă în funcție de perioada de activitate

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Perioada de întrerupere (zile lucrătoare)	Număr zile lucrătoare luate în calcul (col. 1 - col. 2)	Total puncte pe lună lit. a) col. 7 sau pct. 2. lit. b) col. 8	Total puncte "per capita" luate în calculul drepturilor col. 3 col. 4 x ----- col. 1
1.	2.	3.	4.	5.

#### NOTĂ:

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/ lună/ consult./ cazuri	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
1. Imunizări	x	x	*)
2. Examen de bilanț copii:			
- la externarea din maternitate la domiciliul copilului	15		
- la 1 lună, la domiciliul copilului	15		
- la 2 luni	8		
- la 4 luni	8		
- la 6 luni	8		
- la 9 luni	8		

- la 12 luni	8		
- la 15 luni	6		
- la 18 luni	6		
3. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență	40/lună		
4. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist	20/caz confirmat		
5. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	x	x	**)
6. Controale periodice - epicriză de etapă pentru unele afecțiuni care necesită dispensarizare:			
- insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV (NIHA)	3/caz		
- diabet zaharat tip II - pentru asigurații aflați în tratament cu antidiabetice orale	5/caz		
- HTA cu AVC	3/caz		
7. Consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru	10/consultație		
TOTAL PACHET BAZĂ	x		

**Precizări:**

\*) Se va trece totalul din [anexa nr. 1-e](#) cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază.

\*\*\*) Se va trece pct. 6 col. 6 din [anexa nr. 1-f](#).

**NOTĂ:**

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

ANEXA 1-d  
(continuare)

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

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

### Precizări:

\*) Se va trece totalul din [anexa nr. 1-e](#) cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale.

\*\*\*) Se va trece pct. 6 col. 7 din [anexa nr. 1-f](#).

### NOTĂ:

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu	Nr. persoane beneficiare/	Nr. total de
-------------------------------	------------------------	---------------------------	--------------

	sau pe caz confirmat	solicitări/ cazuri	puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic:			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	x	x	*)
4. Imunizări	x	x	**)
5. Servicii medicale curative	3/solicitare		
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	x		

#### Precizări:

\*) Se va trece pct. 6 col. 8 din [anexa nr. 1-f](#).

\*\*\*) Se va trece totalul din [anexa nr. 1-e](#) cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ.

#### NOTĂ:

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

#### ANEXA 1-d (continuare)

7. Punctajul pentru servicii medicale acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. solicitări/persoane beneficiare/ cazuri	Nr. total de puncte

1	2	3	4 = 2 x 3
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic:			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Servicii medicale curative	3/solicitare		
TOTAL			

#### NOTĂ:

Formularul de la punctul 7: "Punctajul pentru servicii medicale acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European" va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis cardul, codul de identificare al acestei instituții.

8. Punctajul pentru servicii medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CEE nr. 1408/1971](#) referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, respectiv pentru servicii medicale acordate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/lună/consult./cazuri	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
1. Imunizări	x	x	*)
2. Examen de bilanț copii:			
- la externarea din maternitate la domiciliul copilului	15		
- la 1 lună, la domiciliul copilului	15		
- la 2 luni	8		

- la 4 luni	8		
- la 6 luni	8		
- la 9 luni	8		
- la 12 luni	8		
- la 15 luni	6		
- la 18 luni	6		
3. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență	40/lună		
4. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist	20/caz confirmat		
5. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	x	x	**)
6. Controale periodice - epicriză de etapă pentru unele afecțiuni care necesită dispensarizare:			
- insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV (NIHA)	3/caz		
- diabet zaharat tip II - pentru asigurații aflați în tratament cu antidiabetice orale	5/caz		
- HTA cu AVC	3/caz		
7. Consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru	10/consultație		
TOTAL	x		

#### Precizări:

\*) Se va trece totalul din [anexa nr. 1-e](#) cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază.

\*\*\*) Se va trece total pct. 6 col. 9 din [anexa nr. 1-f](#).

#### NOTĂ:

Formularul de la punctul 8: "Punctajul pentru servicii medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CEE nr. 1408/1971](#) referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, respectiv pentru servicii medicale acordate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri,

convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății" se va completa distinct pentru:

- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CEE nr. 1408/1971](#);
- pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul, codul de identificare al acestei instituții.

9. 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 + total col. 4 de la pct. 8
---

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

#### NOTĂ:

Formularele din [anexa nr. 1-d](#) se întocmesc în câte 2 exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

#### ANEXA 1-e

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de familie .....

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

#### PENTRU LUNA .....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:  
A - Total persoane catagrafiate din:\*)  
B - Total persoane imunizate din:  
C - Procent realizat de imunizări\*\*)  
D - Nr. puncte/imunizare aferent la 95% din imunizări  
E - Nr. puncte/imunizare aferent la peste 95% din imunizări  
F - lista proprie  
G - școli

Denumirea serviciului	A	B	C	Nr.	Nr.	D	E	Nr.
-----------------------	---	---	---	-----	-----	---	---	-----

medical					imunizări egal cu 95%		imunizări ce depășesc 95%				total puncte pe lună	
	F		G		F	G	F	G				
	C2	C3	C4	C5	C6 = (C4 + C5) / (C2 + C3) x 100	C7 = 95 x C2 / 100	C8 = 95 x C3 / 100	C9 = C4 - C7	C10 = C5 - C8	C11	C12	**) C13 = (C7 + C8) x C11 + (C9 + C10) x C12
I. Imunizări conform programului național de imunizări:												
a) antituberculoasă vaccin BCG										4	8	
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare										4	8	
c) testare PPD										4	8	
d) antihepatită B										4	8	
e) antipoliomielitică VPO și VPI										4	8	
f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)										4	8	
g) antirujeolic și antirujeolică- antirubeolică- antiurliană										4	8	
h) împotriva difteriei, tetanosului - DT (revaccinare)										4	8	
i) împotriva difteriei, tetanosului - la adulți dT (revaccinare)										4	8	
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA										4	8	
k) antirubeolică										4	8	

II. Antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut										4	8	
III. Alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate										4	8	
TOTAL												

\*) Reprezintă asigurații de pe lista proprie + pers. neînscrise pe lista proprie dar repartizate de către DSP medicului de familie pt. efectuarea imunizărilor în școli conform [art. 1](#) alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

**NOTĂ:**

1. În cazul în care forma de prezentare a vaccinurilor include mai multe tipuri de vaccin nominalizate mai sus și care necesită o singură inoculare, acestea se raportează o singură dată (inocularea respectivă) cu o notă explicativă care să cuprindă tipurile de vaccin administrate în inocularea respectivă și cu confirmarea direcției de sănătate publică.

2. Formularul se va completa separat pentru fiecare pachet de servicii medicale (pachet de servicii medicale de bază; pachet minimal de servicii medicale; pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ), pentru pacienții din statele membre ale UE/SEE, beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CEE nr. 1408/1971](#), respectiv pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Formularul se întocmește în două exemplare de către medicul de familie pentru fiecare pachet de servicii medicale (pachet de servicii medicale de bază + pachet minimal de servicii medicale + pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ), pentru pacienții din statele membre ale UE/SEE, beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CEE nr. 1408/1971](#), respectiv pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară.

Formularul va fi însoțit de lista cuprinzând raportările nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinărilor efectuate, avizată de direcția de sănătate publică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

Figura 4Lex: Desfășurător de activitate pentru imunizări

# ANEXA 1-f

Casa de asigurări de sănătate  
 .....  
 Furnizorul de servicii medicale  
 .....  
 Localitate .....  
 Județ .....

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

DESFĂȘURĂTOR ZILNIC DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE\*) LUNA .....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Total servicii pe lună
- B - Nr. total puncte pe lună

Denumirea serviciului medical																														A	Nr.	B
1																																
Număr servicii pe zi																								puncte pe			serviciu	sau pe caz	confirmat			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	3	4	5=						
2																								3	4	3x4						
1. Examen de bilanț copii:																																
la externarea din maternitate la domiciliul copilului																																
la 1 lună, la domiciliul copilului																														15		
la 2 luni																														15		
la 4 luni																														8		
la 6 luni																														8		
la 9 luni																														8		
la 12 luni																														8		
la 15 luni																														8		



	consultate	minimal	de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ						
0	1	2	3	4	5	6= 1x5	7= 2x5	8= 3x5	9= 4x5
Luarea în evidență în primul trimestru					10				
Supravegherea:									
luna a 3-a					8				
luna a 4-a					8				
luna a 5-a					8				
luna a 6-a					8				
luna a 7-a					8				
luna a 8-a					8				
luna a 9-a inclusiv					8				
Urmărirea lehuzei:									
- la externarea din maternitate - la domiciliu					8				
- la 4 săptămâni de la naștere					8				
Total pct. 8									
TOTAL GENERAL					x				

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

#### NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 1-f](#) se întocmește în două exemplare de către medicul de familie, din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară.

Figura 6Lex: Desfășurător zilnic de activitate pentru servicii medicale (pct. 6)

# ANEXA 1-g

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

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

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

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

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

\*) Se va trece total col. 7 din tabelul de la pct. 2 lit. a) sau total col. 8 din tabelul de la pct. 2 lit. b) sau total col. 5 din tabelul de la pct. 3, după caz, cuprinse în [anexa nr. 1-d](#).

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

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

\*\*\*\*) Se va trece totalul general puncte pe serviciu de la punctul 9 din [anexa nr. 1-d](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CU FURNIZORII

.....

Întocmit,

.....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 1-g](#) se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

**ANEXA 1-h**

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou-veniți într-o localitate și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete

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

\*) Conform [art. 30](#) alin. 1) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Conform [art. 30](#) alin. 1) lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CU FURNIZORII

.....

Întocmit,

.....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 1-h](#) se întocmește de casa de asigurări de sănătate într-un singur exemplar pentru fiecare medic de familie nou-venit și stă la baza completării [anexei nr. 1-i](#).

## ANEXA 1-i

Casa de asigurări de sănătate  
 .....

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

Situația cheltuielilor cu medicii nou-veniți într-o localitate, trimestrul .....

Luna	Număr medici	Cheltuieli de personal*)	Sume pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului**)	Total sume
1	2	3	4	5 = 3 + 4
TOTAL				
Sume raportate în plus sau în minus***)				

\*) Cheltuielile de personal reprezintă un venit echivalent cu media între salariul maxim și cel minim prevăzut în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la [art. 1](#) alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Contractului-cadru](#) privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009.

\*\*) Conform [art. 30](#) alin. 1) lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
 MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
 RELAȚII CU FURNIZORII

.....

Întocmit,  
.....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 1-j](#) se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

**ANEXA 1-j**

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de familie .....

FORMULARUL ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE NOU-VENIT\*)  
LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate, care pentru o perioadă de maximum 3 luni au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu [art. 30](#) alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 1-j](#) se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

**ANEXA 1-k**

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de familie .....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"  
LUNA ..... ANUL .....

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP-uri beneficiare

\*) Serviciile medicale nominalizate la [art. 1](#) alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a [Contractului-cadru](#) privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului,  
 .....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 1-k](#) se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

**ANEXA 2-a**

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de specialitate .....
Localitatea .....	(nume, prenume)
Județul .....	CNP medic de specialitate .....

1. Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic  
 LUNA ..... ANUL .....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:  
 A - Total consultații/servicii medicale  
 B - Nr. puncte\*) pe tip de consultație/serviciu medical  
 C - Nr. total puncte

Nr. crt.	Specialitatea*) .....																															A	B	C
	Pachet servicii medicale de bază																																	
	Număr consultații pe zi																																	
	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=C4x C5
A.	Consultații:																																x	

1 Consultații inițiale total, din care:

\_\_\_\_\_ x

- Copii cu vârsta 0 - 1 an

\_\_\_\_\_

- Copii cu vârsta 1 - 5 ani

\_\_\_\_\_

- Adulți și copii peste 5 ani

\_\_\_\_\_

- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie

\_\_\_\_\_

2 Consultații de control total, din care:

\_\_\_\_\_ x

- Copii cu vârsta 0 - 1 an

\_\_\_\_\_

- Copii cu vârsta 1 - 5 ani

\_\_\_\_\_

- Adulți și copii peste 5 ani

\_\_\_\_\_

- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie

\_\_\_\_\_

3 Consultații specifice din care\*\*):

\_\_\_\_\_ x

- inițială

\_\_\_\_\_

- de control

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 Consultații specifice conexe din care\*\*):

\_\_\_\_\_

	- inițială		
	- de control		
B.	Servicii medicale**):		
			x
1	Servicii specifice specialității		
2	Servicii conexe		
	TOTAL GENERAL		
			x

\*) Specialitățile și punctajele aferente consultațiilor și serviciilor medicale sunt cele cf. [cap. I](#) lit. A și B pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*\*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele cf. [cap. I](#) lit. B pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009. Se pot completa numai codurile consultațiilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.



NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 2-a](#) se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Figura 8Lex: Desfășurător pe C.N.P. al consultațiilor și serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază

ANEXA 2-b

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de specialitate .....
Localitatea .....	(nume, prenume)
Județul .....	CNP medic de specialitate .....

1. Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic  
LUNA ..... ANUL .....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:  
A - Total consultații  
B - Nr. puncte\*\*) pe tip de consultație  
C - Nr. total puncte

Nr. crt.	Specialitatea*) .....																														A	B	C
	Număr consultații pe zi																																
	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			
C1	C2																																
	C3																														C4	C5	C6=C4x C5
	Consultații în cadrul pachetului minimal:																																
																																x	
1	- consultație medicală inițială pentru constatarea situației de urgență constatată																																
2	- consultație medicală inițială pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)																																
	TOTAL GENERAL																																
																																x	

\*) Specialitățile sunt cele cf. [cap. I](#) lit. B pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Consultațiile și punctajele aferente sunt cele cf. [cap. I](#) lit. B pct. 2 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Figura 9 Lex: Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul minimal

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

.....

Nr. crt.	CNP/cod de identificare	Număr Registru consultații	Pachetul minimal de servicii medicale*)		
			Consultații inițiale pentru constatarea situației de urgență	Consultații inițiale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic	Puncte aferente consultațiilor
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

\*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele cf. [cap. I](#) lit. B pct. 2 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

Total col. C5 din tab. 2 = col. C4 rândul 2 din tab. 1.

Total col. C6 din tab. 2 = col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.

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

### NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 2-b](#) se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

### ANEXA 2-b bis

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

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

1. Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Total consultații/servicii medicale
- B - Nr. puncte\*\*\*) pe tip de consultație/serviciu medical
- C - Nr. total puncte

Nr. crt.	Specialitatea*) .....																														A	B	C	
	Număr consultații pe zi																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3				
										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1			
C1	C2																																	
	C3																														C4	C5	C6= C4x C5	
A.	Consultații**):																																	
																																x		
1	Consultații inițiale total, din care:																																	
																																x		
	- Copii cu vârsta 0 - 1 an																																	
	- Copii cu vârsta 1 - 5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																	
2	Consultații de control total, din care:																																	
																																x		
	- Copii cu vârsta 0 - 1 an																																	
	- Copii cu vârsta 1 - 5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	

- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie

3 Consultații specifice din care:

x

- inițială

- de control

4 Consultații specifice conexe din care:

- inițială

- de control

B. Servicii medicale\*\*):

x

1 Servicii specifice specialității

x

2 Servicii conexe



# PERSONELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE PENTRU LUNA .....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Consultații inițiale pentru constatarea situației de urgență
- B - Consultații inițiale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic
- C - Consultații pentru afecțiuni intercurente
- D - Puncte aferente consultațiilor
- E - Servicii medicale, inclusiv conexe\*\*) (codul)
- F - Puncte aferente serviciilor medicale
- G - Total puncte
- H - de control

Nr. t.	CNP/Cod de identificare	Număr Registru consultații	Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ*)										
			Consultații **) inițiale	H	Consultații specifice, inclusiv conexe (codul)**) inițiale	H	A	B	C	D	E	F	G
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14= C11+C13
	TOTAL												

\*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele cf. [cap. I](#) pct. 3 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009. Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate.

\*\*) Consultațiile și serviciile medicale efectuate copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani, conform [cap. I](#) pct. 3 lit. c) din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Total col. C4 din tab. 2 = col. 4, lit. A, rândul 1 din tab. 1.

Total col. C5 din tab. 2 = col. 4, lit. A, rândul 2 din tab. 1.

(Total col. C6 + total col. C7) din tab. 2 = (col. C4, lit. A, rândul 3 + col. C4, lit. A rândul 4) din tab. 1.

Total col. C8 din tab. 2 = col. C4, lit. C, rândul 1 din tab. 1.

Total col. C9 din tab. 2 = col. C4, lit. C, rândul 2 din tab. 1.

Total col. C10 din tab. 2 = (col. C4, lit. C, rândul 3 + col. C4, lit. C rândul 4) din tab. 1.

Total col. C11 din tab. 2 = (col. C6, lit. A rândul 1 + col. C6, lit. A rândul 2 + col. C6, lit. A rândul 3 + col. C6, lit. A rândul 4 + col. C6, lit. C rândul 1 + col. C6, lit. C rândul 2 + col. C6, lit. C rândul 3 + col. C6, lit. C rândul 4) din tab. 1.

Total C12 din tab. 2 = (col. C4, lit. B rândul 1 + col. C4, lit. B rândul 2) din tab. 1.

Total C13 din tab. 2 = (col. C6, lit. B rândul 1 + col. C6, lit. B rândul 2) din tab. 1.

Total C14 din tab. 2 = col. 6, TOTAL GENERAL din tab. 1.

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

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 2-b bis](#) se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Figura 11 Lex: Desfășurător pe C.N.P. al consultațiilor și serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

**ANEXA 2-c**

Casa de asigurări de sănătate .....	Reprezentantul legal al furnizorului .....
Furnizor de servicii medicale .....	Medic de specialitate .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de specialitate .....

Număr total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform [art. 4](#) alin. (1) și alin. (2) pct. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 416/428/2009

Nr. puncte/lună pentru consultații inițiale, de control și specifice specialității*)	Nr. puncte/lună pentru servicii medicale**)	Nr. total puncte / lună	Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea (col. 5 x % de majorare)	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional (col. 5 x 20%***)	Nr. total puncte realizate pe lună		
C1	C2	C3	C4	C5 = C1+C3	C6	C7	C8 = C5+C6+C7

\*) Tot. col. C1 = (col. C6, lit. A, rd. 1 + col. C6, lit. A, rd. 2 + col. C6, lit. A, rd. 3 + col. C6, lit. A, rd. 4) din tab. 1 al [anexei nr. 2-a](#) + col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1 al [anexei nr. 2-b](#) + (col. C6 lit. A, rd. 1 + col. C6 lit. A, rd. 2 + col. C6 lit. A, rd. 3 + col. C6 lit. A, rd. 4 + col. C6 lit. C rd. 1 + col. C6 lit. C rd. 2 + col. C6 lit. C rd. 3 + col. C6 lit. C rd. 4) din tab. 1 al [anexei nr. 2-b bis](#).

\*\*\*) Tot. col. C3 = (col. C6, lit. B rd. 1 + col. C6, lit. B rd. 2) din tab. 1 al [anexei nr. 2-a](#) + (col. C6, lit. B rd. 1 + col. C6, lit. B rd. 2) din tab. 1 al [anexei nr. 2-b bis](#).

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului,  
 .....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 2-c](#) se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

**ANEXA 2-d**

Casa de Asigurări de Sănătate  
 .....

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

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
 .....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI

Întocmit,

## NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 2-d](#) se întocmește în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

## ANEXA 2-e

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

1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN UNITĂȚI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE ȘI AVIZATE, DUPĂ CAZ, DE MS SĂ EFECTUEZE ACESTE SERVICII

LUNA .....

Denumire serviciu medical conform <a href="#">cap. I</a> lit. B pct. 2 din anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr. servicii medicale		Tarif negociat*) / serviciu	Total sumă contractată*)	Total sumă realizată
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC3	C5=C2xC3
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. 416/428/2009.

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

LUNA .....

Denumire serviciu medical conform <a href="#">cap. I</a> lit. B pct. 2 din anexa nr. 16 la	Nr./dată Fișă sau Registru de consultație	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicești

Ordinul nr. 416/428/2008	C1	C2	C3
TOTAL	x	x	

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

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

**NOTĂ:**

1. Formularul din [anexa nr. 2-e](#) se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriu pentru specialitățile clinice/contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

2. Formularul din [anexa nr. 2-e](#) se utilizează de către furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau au încheiat contract pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi.

**ANEXA 2-f**

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

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

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

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

TOTAL		x
-------	--	---

\*) Se completează conform [cap. II](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.  
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](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

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

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

\*) Se completează conform [cap. II](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.  
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](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

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

**NOTĂ:**

1. Formularul din [anexa nr. 2-f](#) se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din [anexa nr. 2-f](#) se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicină dentară care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentară retroalveolară și panoramică (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);

3. Tabelul 1 se completează de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru EKG și ecografii generale efectuate asiguraților din lista proprie, ca o consecință a actului medical propriu.

#### ANEXA 2-g

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

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

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

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

\*) Se completează conform [cap. II](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

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

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

TOTAL		x	
-------	--	---	--

\*) Se completează conform [cap. II](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.  
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](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

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

**NOTĂ:**

1. Formularul din [anexa nr. 2-g](#) se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din [anexa nr. 2-g](#) se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicină dentară care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentară retroalveolară și panoramică, (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu).

**ANEXA 2-h**

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

1. Lista asiguraților care au beneficiat de investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate

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

Nr. crt.	CNP	Tipul investigației paraclinice efectuate*)/(codul)	Tariful investigației efectuate (lei)	Filtratul glomerular estimat**)

C1	C2	C3	C4	C5
	Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP			x
..				
	TOTAL			

\*) Se completează conform [cap. II](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009. Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate.

Se vor atașa și fișele de solicitare pentru serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, angiografie, scintigrafie).

Total col. C3 = (tot. col. C3 din tab. 1 + tot. col. C3 din tab. 2) din [anexa nr. 2-f](#).

Total col. C4 = (tot. col. C5 din tab. 1 + tot. col. C5 din tab. 2) din [anexa nr. 2-f](#).

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

Corespunzător fiecărui CNP al persoanei beneficiare se va trece în tabel explicit formula de calcul conform [cap. II](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009 și rezultatul obținut și se va specifica metoda de determinare a creatininei.

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

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

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

\*) Se completează conform cap. II pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.  
Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate.

Se vor atașa și fișele de solicitare pentru serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, angiografie, scintigrafie).

Total col. C3 = (tot. col. C3 din tab. 1 + tot. col. C3 din tab. 2) din anexa nr. 2-g.

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

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

Corespunzător fiecărui CNP al persoanei beneficiare se va trece în tabel explicit formula de calcul conform cap. II pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009 și rezultatul obținut și se va specifica metoda de determinare a creatininei.

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

#### NOTĂ:

1. Formularul din anexa nr. 2-h se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din anexa nr. 2-h se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicină dentară care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentară retroalveolară și panoramică (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu).

3. Tabelul 1 se completează de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru EKG și ecografiile generale efectuate asiguraților din lista proprie, ca o consecință a actului medical propriu.

#### ANEXA 2-i

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

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





			x	x		x	
TOTAL							

\*) Codul conform [cap. III](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*\*) Codul formulei dentare conform [cap. III](#) pct. 1, nota 4 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 2-k](#) 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, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

**ANEXA 2-1**

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ 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. Fișă sau Registru consultații	CNP*)	Cod**) serviciu	Cod formulă dentară (***)	Total servicii/lună	Tarif/serviciu conform anexei nr. 7 <a href="#">cap. III</a> pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C6xC7
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. 416/428/2009.

\*\*\*) Codul formulei dentare conform [cap. III](#) pct. 1 nota 4 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la cap. III punctul 1 nota 2 din anexa nr. 7 la ordinul anterior menționat.

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ.

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

**NOTĂ:**

Formularul din anexa nr. 2-1 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, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

**ANEXA 2-m**

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

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

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

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

	TOTAL GENERAL		x	
--	---------------	--	---	--

\*) Se completează conform [cap. IV](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Conform [cap. IV](#) pct. 1 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009. Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la [art. 14](#) alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*\*) Serviciile medicale de recuperare acordate în bazele de tratament se raportează conform prevederilor [art. 14](#) alin. (3) lit. b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 416/428/2009.

ANEXA 2-m  
(continuare)

B. Lista asiguraților care beneficiază de servicii medicale de recuperare efectuate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare

Nr. crt.	C.N.P.	Tipuri de servicii medicale de recuperare-reabilitare, efectuate*)	Număr servicii medicale de recuperare-reabilitare efectuate
C1	C2	C3	C4
TOTAL			

\*) Serviciile medicale de recuperare acordate în bazele de tratament se raportează conform prevederilor [art. 14](#) alin. (3) lit. b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spitale, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare a sănătății.

Total col. C4 din tab. B = tot. col. C3 din tab. A.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

NOTĂ:

Formularul din anexa nr. 2-m se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizorul de servicii medicale iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

### ANEXA 3-a

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

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

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

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE  
PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Director general

### ANEXA 3-a (continuare)

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

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

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

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

TOTAL SPITAL				

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE  
PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Director general

## ANEXA 3-b

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

2.1 DESFĂȘURĂTOR LUNAR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Nr. cazuri externate în perioada ...	ICM contractat*1)	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat*2)	Suma de plată*)
1	2	3 = 1 x 2	4	5 = 3 x 4

\*1) Conform [anexei nr. 17 a\)](#) la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*2) Conform [anexei nr. 17 a\)](#) la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. a) pct. 1 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

### NOTĂ:

Formularul 2.1 din [anexa nr. 3-b](#) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

## ANEXA 3-b (continuare)

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

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

Nr. cazuri externate, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară*1)	ICM contractat *2)	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat *3)	Suma realizată *4)	Suma rămasă de plată pentru luna curentă*4)
1	2	3	4=(1-2)x3	5	6=4x5	7

\*1) Conform formularului 1.1 din [anexa nr. 3-a](#) la prezentul ordin.

\*2) Conform [anexei nr. 17a\)](#) la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*3) Conform [anexei nr. 17a\)](#) la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*4) Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. 6 din formularul 2.2 și suma din coloana 5 din formularul 2.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. a) pct. 1 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

**NOTĂ:**

Formularul 2.2 din [anexa nr. 3-b](#) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

**ANEXA 3-b bis**

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

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

Nr. cazuri externate raportate și validate*1)	ICM realizat *2)	Nr. cazuri ponderate validate	Tarif pe caz ponderat *3)	Coeficientul cazurilor extreme - K *4)	Suma contractată	Suma realizată*)
1	2	3=1x2	4	5	6	7=3x4x5

\*1) Conform formularului 1.2 din [anexa nr. 3-a](#) la prezentul ordin.

\*2) Conform formularului 1.2 din [anexa nr. 3-a](#) la prezentul ordin.

\*3) Conform [anexei nr. 17a\)](#) la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*4) Conform formularului 1.2 din anexa nr. 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 nr. 416/428/2009; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

### NOTĂ:

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

### ANEXA 3-c

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

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

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

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

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

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE  
PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Director general

### ANEXA 3-d

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMaturi DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

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

\*\*) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele recuperare pediatrică-distrofici, pneumologie - TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Cod penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col. 6 = col. 3 x col. 5.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*1) Conform [anexei nr. 19](#) la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ:

Formularul 1.1 din [anexa nr. 3-d](#) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 3-d

(continuare)

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:  
A - Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat  
B - Suma rămasă de plată pentru luna curentă\*3)

Secția/ compartiment )	Nr. cazuri externate, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară )	Total zile spitalizare efectiv realizate )	Durata optimă de spitalizare )	A	Suma realizată )	B
	2	3	4	5	6	7 = (2-3) x 5 x 6 sau 4 x 6	8
TOTAL SPITAL							

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

\*\*) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele recuperare pediatrică-distrofici, pneumologie - TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Cod penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col. 7 = col. 4 x col. 6.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*1) Conform formularului din [anexa nr. 3-c](#) la prezentul ordin.

\*2) Conform [anexei nr. 19](#) la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ:

Formularul 1.2 din [anexa nr. 3-d](#) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Figura 12Lex: Desfășurător pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești

ANEXA 3-d  
(continuare)

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

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

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

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

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. b), ultima teză din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ:

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

ANEXA 3-d bis

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Total zile spitalizare efectiv realizate\*\*)

B - Durata optimă de spitalizare\*2)

C - Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compart., contractat

Secția/ compartiment (*)	Nr. cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate, raportate	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate *1)	A	B	C	Suma contractată	Suma realizată ***)
1	2	3	4	5	6	7	$8=2 \times 6 \times 7$	$9=(3-4) \times 6 \times 7$ sau $5 \times 7$
TOTAL SPITAL								

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

\*\*) Se va completa trimestrial pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Cod penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) pentru care se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col. 9 = col. 5 x col. 7.

\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

\*1) Conform formularului din [anexa nr. 3-c](#) la prezentul ordin.

\*2) Conform [anexei nr. 19](#) la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru situațiile la care este prevăzută durata optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 3-d bis](#) se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Figura 13 Lex: Desfășurător pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești

ANEXA 3-e

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE  
SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI

.....

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

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

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE  
PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Director general

ANEXA 3-f

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE  
PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN [ANEXA NR. 17a](#)) LA

ORDINUL NR. 416/428/2009, PRECUM ȘI PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

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

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. c) pct. 1 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

### NOTĂ:

Formularul 1.1 din [anexa nr. 3-f](#) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

### ANEXA 3-f (continuare)

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN [ANEXA NR. 17a](#)) LA ORDINUL NR. 416/428/2009, PRECUM ȘI PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

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

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. c) pct. 1 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*1) Conform formularului din [anexa nr. 3-e](#) la prezentul ordin.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

### NOTĂ:

Formularul 1.2 din [anexa nr. 3-f](#) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

### ANEXA 3-g

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECÂT CELE PREVĂZUTE ÎN [ANEXA NR. 17a](#)) LA ORDINUL NR. 416/428/2009, PRECUM ȘI PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Secția/ compartiment )	Nr. cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate realizate	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate )	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată )
1	2	3	4	5	6=2x5	7=(3-4)x5
TOTAL SPITAL						

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

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. c) pct. 2 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

\*1) Conform formularului din [anexa nr. 3-e](#) la prezentul ordin.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

### NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 3-g](#) se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

## ANEXA 3-h

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

### 1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF/SERVICIU MEDICAL

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical conform <u>cap. I</u> lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	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		

\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 lit. h) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) pct. 2 și lit. c) pct. 2 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical conform <u>cap. I</u> lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat în evidență asiguratul	Total servicii medicale spitalicești realizate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL	x	x	x	

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

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

### ANEXA 3-h (continuare)

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

#### 2.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF/CAZ REZOLVAT

LUNA/TRIM. ....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi	Nr. servicii medicale		Tarif*)/ caz rezolvat contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată (**)
	Contractat	Realizat (**)			
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC3	C5=C2xC3
TOTAL			x		

\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor [art. 5](#) lit. h) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. h) din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor [art. 9](#) alin. (1) lit. a) pct. 2 și lit. c) pct. 2 din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

LUNA/TRIM. ....

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

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

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

NOTĂ:

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

ANEXA 3-i

Județul .....

Localitatea .....

Furnizorul de servicii medicale .....

1. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice\*).

-----

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

NOTĂ:

Formularele de decontare se adaptează conform modelelor de formulare de decontare utilizate în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

2. Sume acordate pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice\*).

-----

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

NOTĂ:

Formularele de decontare se adaptează conform modelelor de formulare de decontare utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice.

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

NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 3-i](#) se întocmește lunar și cumulat pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de

asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

#### ANEXA 4-a

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

#### DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE

Luna/Trim. ....

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tarif pe km negociat și contractat\*)
- B - Coeficient de ajustare corespunzător timpilor de așteptare\*\*)
- C - Contractați
- D - Echivalenți parcurși
- E - Efectiv realizați

Tip autovehicul	Total km echivalenți în mediul urban		Total km realizați pentru mediul rural		A	B	Total sumă		Suma decontată (***)
	C	D	C	E			Contractată	Realizată (***)	
	C2	C3	C4	C5			C8=C2xC6+C4xC6	C9	
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor medicale de urgență					x	x			
Subtotal 2 - km aferenți serviciilor de transport sanitar					x	x			
						x			
						x			
Subtotal 3 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu					x	x			

TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2 + subtot. 3)					x	x			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

\*) Se stabilește în limita tarifelor maxime prevăzute la [art. 7](#) alin. (1) din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare sunt prevăzuți la [art. 7](#) alin. (2) și se aplică în condițiile [art. 5](#) din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*\*)  $C9 = C3 \times C6 + C5 \times C6$  sau  $C9 = (C3 + C5) \times C6 + [(C2 - C3) + (C4 - C5)] \times C6 \times C7$ , după caz; Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile [art. 5](#) alin. (2) și alin. (3) din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentant legal

.....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 4-a](#) se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar.

**Figura 14 Lex: Desfășurător al serviciilor de transport cu autovehicule**

**ANEXA 4-b**

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

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APĂ**

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Tarif pe milă negociat și contractat\*)

B - Coeficient de ajustare corespunzător timpilor de așteptare\*)

Tip ambarcațiune	Total mile		A	B	Total sumă		Suma decontată (**)
	Contractate	Efectiv parcurse			Contractată	Realizată (**)	
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = C2 \times C4$	$C7 = C3 \times C4$ sau $C7 = (C2 \times C4) + (C2 - C3) \times C4 \times C5$	$C8 = (C6$ sau $C7)$
Subtotal 1 - mile aferente			x	x			

serviciilor medicale de urgență							
Subtotal 2 - mile aferente serviciilor de transport sanitar			x	x			
				x			
				x			
Subtotal 3 - mile aferente consultațiilor de urgență la domiciliu			x	x			
TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2 + subtot. 3)			x	x			

\*) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare se stabilesc conform [art. 5](#) (2) lit. b din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile [art. 5](#) din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentant legal

.....

**NOTĂ:**

Formularul din [anexa nr. 4-b](#) se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

**Figura 15 Lex: Desfășurător al serviciilor de transport pe apă**

**ANEXA 4-c**

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

**1.1 DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ**

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:  
 A - Tarif pe solicitare negociat și contractat

- B - Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare\*\*\*)  
 C - Contractat  
 D - Realizat

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de intervenție *)	Tipul de solicitare conform <u>cap. I</u> pct. A și B din anexa nr. 21 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr. solicitări		A	B	Total sumă		Suma decontată ****)
			C	D**)			C	D	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C3x C5x1	C8=C4x C5xC6	C9=(C7 sau C8)
TOTAL		x			x				

\*) Tipurile de mijloace specifice de intervenție sunt potrivit art. 6 din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009; În cazul autoturismelor de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu, raportarea datelor se va face conform formularelor din anexa nr. 4-d.

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

\*\*\*\*) Reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de așteptare, definit la art. 5 alin. (2) lit. d) din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

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

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

\*\*\*\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Figura 16 Lex: Desfășurător al serviciilor medicale de urgență

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

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

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform <u>cap. I</u> pct. A și B din anexa nr. 21 la Ordinul nr. 416/428/2009	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



					x			
					x			

\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile [art. 5](#) din anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Figura 17Lex: Desfășurător al consultațiilor de urgență la domiciliu

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

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

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform <a href="#">cap. I</a> pct. B din anexa nr. 21 la Ordinul nr. 416/428/2009	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 și exactitatea datelor  
Reprezentant legal

### NOTĂ:

1. Formularul se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar.

2. Formularul se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultațiile de urgență la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenție transport pe apă.

### ANEXA 5-a







\*) Se stabilește conform prevederilor [art. 1](#) alin. (2) lit. b) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților, conform [art. 1](#) alin. (2) lit. b) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 416/428/2009.

\*\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile [art. 2](#) și [art. 5](#) alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul nr. 416/428/2009; col. C7 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform [art. 1](#) alin. (2) lit. b) din anexa nr. 28 la ordin.

1.2 Desfășurător lunar pe C.N.P. al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii balneare

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,  
.....

### NOTĂ:

Formularul din [anexa nr. 6-a](#) se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

### ANEXA 6-b

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

1.1 Desfășurător al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii, secții sanatoriale din spitale și în preventorii

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

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi negociat*)	Suma contractată	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C5	C7 = C4 x C5

