

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

ORDIN Nr. 563*)
din 12 iulie 2023

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

Publicat în: Baza de date "EUROLEX"

*) Notă:

Text realizat la G&G CONSULTING, Departamentul juridic (C.G.)

Cuprinde toate modificările aduse actului oficial publicate în M.O.f., inclusiv cele prevăzute în:

O. Nr. 835/23.06.2025 Publicat în M.O.f. Nr. 611/30.06.2025

Articolele care au suferit modificări sunt marcate cu albastru în Cuprins.

Pentru a le vizualiza, selectați articolul și dați click pe butonul Istoric.

**) Prezenta formă consolidată se aplică începând cu trimestrul II 2025, (a se vedea art. II din O. nr. 835/2025)

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC 33 din 12.07.2023,
în temeiul prevederilor:

- art. 192 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- 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 documentele justificative - formulare 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-m.

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

(3) *Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității unităților 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-k.*

(4) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, 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-c.

(5) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative 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-f.

(6) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor din asistența medicală de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 6-a și 6-b.

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor aflate în evidența medicilor de familie cu afecțiunile cronice prevăzute în anexa nr. 6 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și a listei persoanelor aflate în evidența medicilor de familie cu afecțiunile cronice pentru care se face management de caz: risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform anexelor nr. 7.1 și 7.2.

(8) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și borderourile centralizatoare necesare raportării furnizorilor de medicamente, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate potrivit contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform anexelor nr. 8-a - 8-d.

(9) Formularele menționate la alin. (1) - (8) se utilizează împreună cu formularele tipizate de "Factură" fără TVA, întocmite conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare.

(10) Furnizorii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate transmit factura și formularele prevăzute la alin. (1) - (8) în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

Art. 2 - (1) *Anexele nr. 1-a - 1-m, 2-a - 2-n, 3-a - 3-k, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a - 8-d 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 și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul ordin.

Art. 4 - (1) Desfășurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru:

- a) asigurați;
- b) cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale;
- c) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane;
- d) persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței

medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) pacienții din statele 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; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

f) persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, provenienți din zona conflictului armat din Ucraina;

g) persoanele neasigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru serviciile acordate la nivelul asistenței medicale primare; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

h) persoanele care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care se acordă servicii și medicamente, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

i) persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, după caz.

(2) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. f), în coloana "cod numeric personal/cod unic de identificare" se va completa numărul unic de identificare atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(3) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. h), în coloana "cod numeric personal/cod unic de identificare" se va completa numărul unic de identificare atribuit.

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

a) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP), cod unic de identificare, 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), cod unic de identificare, 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 număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate; se vor atașa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate;

d) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare de formulare/documente europene, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular/document european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, numărul de identificare a instituției respective. Tipurile de formulare europene sunt: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și documente europene S - corespundente acestor formulare; se vor atașa copii ale formularelor/documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E 106, E 109, E 120, E 121)/S1/similar;

e) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii, în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. Se vor atașa copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale;

f) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele, data nașterii, în cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024. Se vor atașa copii ale documentelor prevăzute de Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.

(5) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la pct. 1.1, 1.3 și 1.5 din anexa nr. 8-a nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(6) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la pct. I, I.2, II și II.2 din anexa nr. 8-c nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

Art. 5 - La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 731 și 731 bis din 26 iulie 2021, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 6 - Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și Casa Asiguratorilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 7 - (1) Prevederile prezentului ordin se aplică pentru raportarea serviciilor medicale, respectiv a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, începând cu raportarea activității lunii iulie 2023.

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

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Călin Gheorghe Fechte

Anexa Nr. 1-a

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Gen**)	Cod numeric personal/Cod unic de identificare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1		M F						

2									
...									

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni la data înscrierii pe listă.

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Gen**)		Cod numeric personal/Cod unic de identificare	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F					
1								
2								
...								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se va bifa genul persoanei înscrise.

III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Gen**)		Tipul de formular/document european (E106, E109, S2, E120, E121/S1/ similar)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord competent	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul ***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F							
1										
2										
...										

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

NOTĂ:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale.

În vederea contractării, formularele din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, atât pentru medicii nou veniți cât și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

- ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcție de mișcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1-c;

și/sau

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

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I și III din anexa 1-a se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis).

Formularele I și III din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale la data încheierii actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis), indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

Data:

IV. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Gen**)		Tipul de document de deschidere de drepturi ****)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul cu care RO a încheiat documente juridice internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Vârsta împlinită*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul ***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F							
1										
2										
...										

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

Anexa Nr. 1-b

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD	Comentarii
Copil în cadrul familiei	100	
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)	
Tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, absolvenți facultăților de medicină, stomatologie, farmacie, dar nu mai mult de 6 luni de la absolvirea facultății, studenții-doctoranzi, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști; tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, elevi, ucenici sau studenți, respectiv în cazul studenților-doctoranzi, înmatriculați într-o instituție de învățământ liceal/școală profesională sau instituție de învățământ superior, după caz, acreditată, din altă țară;	102	
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	103	
Studenți-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	104	
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	105*)	
Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	106	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, modificat prin O.G. nr. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000.	107.1	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare.	107.2	
Persoanele prevăzute în Legea recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare.	107.3	
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare	107.4	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare.	107.5	
Persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.	108	
Femei însărcinate sau lăuze.	109	
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni.	110	
Persoanele fizice care realizează venituri din salarii și asimilate salariilor	200	
Persoane cu venituri din activități independente	203	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	204	
Persoane cu venituri din cedarea folosinței bunurilor (chirii, arendarea bunurilor agricole)	205	
Persoane cu venituri din investiții	206	
Persoane cu venituri din activități agricole, silvicultură și piscicultură	207	
Persoane fizice potrivit art. 180 din Legea 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare	208	
Lucrători imigranți, cu domiciliul sau reședința în România	210	
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 114 din Codul fiscal	211	
Persoane prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din O.U.G. nr. 158/2005	212	
Persoane preluate în plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident muncă sau a unei boli profesionale de către CNPP prin casele teritoriale/sectoriale de pensii	216	
Persoane cu venituri din contracte de activitate sportivă.	217	
Persoane cu venituri din asocierea cu o persoană juridică	218	
Persoane fizice care se află în concedii medicale incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale, precum și cele care se află în concedii medicale acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale.	300	
Persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit prevederilor art. 2 și art. 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi.	301	
Persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care se află în executarea unei măsuri educative privative de libertate, precum și persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate	302	
Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii, pentru aceste drepturile bănești.	303	
Persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii.	304	
Persoanele fizice care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	305	
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308	
Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte.	309	
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310	
Persoanele fizice care au calitatea de pensionari, pentru veniturile din pensii, precum și pentru veniturile realizate din drepturi de proprietate intelectuală care nu se încadrează în	314	

categoria "Pensionar de invaliditate"		
Pensionar de invaliditate	315	
Voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare.	316	
Prestatorii casnici care utilizează și preschimbă în bani, potrivit legii, cel puțin 85 de tichete de activități casnice, lunar	229	
Donatori de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient neînrudit sau înrudit, pentru o perioadă de 10 ani de la donare	228	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1/similar)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E109/S1/similar)	402	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1/similar)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1/similar)	404	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E109/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	
Pacienți din Quebec, beneficiari ai formularelor QUE/ROU 106	409	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 3	410	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 4	411	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 6	412	
Beneficiari ai formularelor ROU/QUE 106, eliberate de casa de asigurări de sănătate	413	
Beneficiari ai formularelor R/TR 3, eliberate de casa de asigurări de sănătate	414	
Beneficiari ai formularelor R/TR 4, eliberate de casa de asigurări de sănătate	415	
Beneficiari ai formularelor R/TR 6, eliberate de casa de asigurări de sănătate	416	
Beneficiari ai formularelor R/TR 5 eliberate de casa de asigurări de sănătate	417	
Pacienții din TURCIA, beneficiari ai formularelor TR/R 5	418	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 106 eliberate de casa de asigurări de sănătate	419	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 109 eliberate de casa de asigurări de sănătate	420	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 121 eliberate de casa de asigurări de sănătate	421	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 106	422	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 109	423	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 121	424	

*) Pentru persoanele nou înscrise pe listă, medicii de familie atașează la fișa medicală, actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată.

Anexa Nr. 1-c

Casa de asigurări de sănătate

.....
Furnizorul de servicii medicale

Localitate
Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

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

I. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE

ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Gen*)		Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită **)	Codul categoriei din care face parte asiguratul ***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F						
1.									
2.									
...									

*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

B. Recapitulatia asiguraților înscrși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămăși în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămăși în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin total din care:				
0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) -				

ORDIN Nr. 563 din 12 iulie 2023

Text extras din aplicația Eurolex dezvoltată de G&G Consulting SRL

masculin				
0 - 3 ani - feminin total din care:				
0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
4 - 18 ani - masculin total din care:				
4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
4 - 18 ani - feminin total din care:				
4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
19 - 39 ani - masculin total din care:				
19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
19 - 39 ani - feminin total din care:				
19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
40 - 59 ani - masculin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
40 - 59 ani - feminin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
60 ani și peste - masculin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și				

asistentă - masculin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
60 ani și peste - feminin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
TOTAL				

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - masculin + copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - feminin + copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - masculin + nr. copiilor instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - feminin + nr. copiilor instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

La grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

La grupa de vârstă "60 ani și peste" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "60 ani și peste" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Gen*)		Cod numeric personal/Cod unic de identificare	Adresa	Vârsta împlinită**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F					
1.								
2.								
...								

*) Se va bifa genul persoanei înscrise.

**) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente (număr)		Intrări (număr)		Ieșiri (număr)		Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr)	
Gen		Gen		Gen		Gen	
M	F	M	F	M	F	M	F

III. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE
ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen*)		Tipul de formular/document european (E106, E109, E120, E1 21/S1/similar)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, competent	Vârsta împlinită**)	Codul categoriei din care face parte asiguratul ***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
		M	F							
1.										
2.										

B. Recapitulăția persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:

*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

1. Formularele din anexa 1-c se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis).

Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis).

IV. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNTELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE

ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen*) M F	Tipul de document de deschidere de drepturi (****)	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Statul cu care RO a încheiat documente juridice internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Vârsta împlinită (**)	Codul categoriei din care face parte titularul documentului (***)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1.									
2.									

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

*****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

B. Recapitulatia persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:

*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**) Vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

*****) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO 106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6

Anexa Nr. 1-d

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

DEFĂȘURĂTORUL PUNCTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE

LUNA ANUL

1. Numărul de puncte "per capita"

Nr. Crt.	Grupa de vârstă	Nr. puncte*)/ pers./an	Nr. persoane asigurate**)	Nr. puncte realizat (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4 = 2 x 3
1.	0 - 3 ani - masculin		****)	
2.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
3.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
4.	0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
5.	0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
6.	0 - 3 ani - feminin		****)	
7.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
8.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
9.	0 - 3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
10.	0 - 3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
11.	4 - 18 ani - masculin		*****)	
12.	4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
13.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			

14.	4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
15.	4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
16.	4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
17.	4 - 18 ani - feminin	*****)		
18.	4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
19.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
20.	4 - 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
21.	4 - 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
22.	4 - 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
23.	19 - 39 ani - masculin	*****)		
24.	19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
25.	19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
26.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
27.	19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
28.	19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
29.	19 - 39 ani - feminin	*****)		
30.	19 - 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
31.	19 - 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
32.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
33.	19 - 39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
34.	19 - 39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
35.	40 - 59 ani - masculin	*****)		
36.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
37.	40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
38.	40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
39.	40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
40.	40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
41.	40 - 59 ani - feminin	*****)		
42.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
43.	40 - 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
44.	40 - 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
45.	40 - 59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
46.	40 - 59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
47.	60 ani și peste - masculin	*****)		
48.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
49.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
50.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
51.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
52.	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a			

	încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
53.	60 ani și peste - feminin		*****	
54.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
55.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
56.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
57.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
58.	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
	TOTAL			

*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

*** numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" masculin (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2, 3, 4 și 5.

**** numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" feminin (de la col. 3 rândul 6) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 7, 8, 9 și 10.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" masculin (de la col. 3 rândul 11) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 12, 13, 14, 15, și 16.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" feminin (de la col. 3 rândul 17) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 18, 19, 20, 21 și 22.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin (de la col. 3 rândul 23) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 24, 25, 26, 27 și 28.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin (de la col. 3 rândul 29) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 30, 31, 32, 33 și 34.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin (de la col. 3 rândul 35) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 36, 37, 38, 39 și 40.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin (de la col. 3 rândul 41) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 42, 43, 44, 45 și 46.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" masculin (de la col. 3 rândul 47) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 48, 49, 50, 51 și 52.

***** numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" feminin (de la col. 3 rândul 53) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 54, 55, 56, 57 și 58.

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

I. Dacă total col. 4 este mai mic decât 22.000 inclusiv, plata per capita se realizează după cum urmează:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II. a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte "per capita"/an depășește 22.000 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001 - 26.000 inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.001 + (Total col. 4 - 22.001) x 0,75

Dacă total col. 4 este peste 26.000:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,5

b) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă se calculează după cum urmează:

b.1) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,75

b.3) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (30.000 - 26.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,50

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la Capitolul I din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023, se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,75

c.3) pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (30.000 - 26.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,50

III. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială din mediul urban și rural în condițiile prevederilor art. 14 alin. (2) - (4) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023:

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

IV. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 14 alin. (5) - (8) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023:

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

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

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

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. I subpct. V din	din care: Număr de puncte "per capita": pentru cabinet pentru pct. (col. 1 x Nr. lucru	Condiții în care se desfășoară activitatea	Condiții în care se desfășoară activitatea pct.	Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6
---	---	--	---	---	---

"Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" (col. 1 = col. 2 + col. 3)	ore din lună aferent cabinet/Nr. total ore din lună	(col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună) -	cabinetului (col. 1 x procent de majorare sau col. 2 x procent de majorare)	de lucru (col. 3 x procent de majorare)	capita" în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	sau col. 2 + 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.

3. Recapitulatie punctaj pentru persoane asigurate 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 (conform col. 7 din tabelul de la pct. 2.)	Total puncte "per capita" luate în calculul drepturilor col. 3 col. 4 x $\frac{\text{col. 3}}{\text{col. 1}}$
1.	2.	3.	4.	5.

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte 4 = 2 x 3
1	2	3	4
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL	X	X	X

ASIGURĂȚILOR^{*13)}			
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscrși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE^{*14)}	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului^{*15)}			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC^{*16)}			
G. Confirmare caz oncologic^{*17)}			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

^{*1)} conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*2)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*3)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*4)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*5)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*6)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*7)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*8)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*9)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*10)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*11)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*12)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*13)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu

modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 - nota din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 4.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat", cu modificările ulterioare, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

4.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 3, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 4.1.*1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou confirmat din col. 4*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				10			
2.				10			
3.				10			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

4.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 4.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 4.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col. 5 din tabelul 4.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

5.1 Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
3.1 Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			

h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei^(*):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice ^(*)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt ^(*)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice ^(*)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani ^(*)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani ^(*)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR^(*)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscrși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE^(*)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramusculare, intravenoase, subcutanate (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului^(*)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT)			

pentru bolnavul TBC ^(*)16)			
G. Confirmare caz oncologic ^(*)17)			
H. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ^(*)18)			
I. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical ^(*)19)			
J. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ^(*)20)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

- ^(*)1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)2) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)3) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(**4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)5) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)6) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)7) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)8) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)9) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)10) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)11) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)12) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)13) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)14) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)15) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)16) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.
- ^(*)18) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.5. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)19) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.1.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- ^(*)20) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.4. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 5.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consența ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat", cu modificările ulterioare, din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

5.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 5.1. ^(*)1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou-confirmat din col. 4 ^(*)2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	Nr. contractului încheiat de medicul prevăzut în col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				10			
2.				10			
3.				10			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

^(*)1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

^(*)2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

5.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 5.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 5.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col. 5 din tabelul 5.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

5.4. Total puncte pe serviciu (suportate de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate) = total puncte col. 3 de la pct. 5.3

5.5. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu în raport cu gradul profesional, pentru serviciile din pachetul minimal:

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 5.4 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" minus total col. 4 lit. D de la desfășurătorul de la punctul 5.1	Majorarea/Diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
1	2	3

6. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte ^{*)} pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală ^{*)}			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației,) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ^{*)} (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie .			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
1. Consultația în caz de boală ^{*)} în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X
a. consultație pentru afecțiuni acute			
b. consultație pentru afecțiuni subacute			
c. consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță ^{*)}			
TOTAL	X		

Precizare:

^{*)} conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*)} Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*)} Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infecțiocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

^{*)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*)} conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele titularului de card, data nașterii titularului, codul de identificare al instituției care a emis cardul, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte ^{*)} pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală ^{*)}			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației,) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ^{*)} (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.			
TOTAL	X		

Precizare:

^{*)} conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*)} Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

^{*)} Se raportează conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infecțiocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de

asigurare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

8.1 Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte ^(*) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice^(*)2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță ^(*)3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet^(*)4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou ^(*)5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi] ^(*)6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)^(*)7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei^(*)8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice ^(*)9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt ^(*)9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice ^(*)10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 ani și 60 ani ^(*)11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ^(*)12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR^(*)13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscrși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE^(*)14)	X	X	X
a) Spirometrie			

b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramelor			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8.1 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/SI/similar.

8.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii

îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Tipul de formular/document european (E106, E109, E120, E121/S1/ similar)	Statul membru UE/ SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, competent	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 8.1.*1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou confirmat din col. 6*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 6	Specialitatea medicului din col. 8	Nr. contractului încheiat de medicul din col. 8 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1.						10			
2.						10			
3.						10			
...						...			
TOTAL	X	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.

8.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 8.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 8.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 7 din tabelul 8.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

9.1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			

e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice ^{*9)}			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt ^{*9)}			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice ^{*10)}			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 ani și 60 ani ^{*11)}			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ^{*12)}			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR^{*13)}	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acuteizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscrși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE^{*14)}	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului^{*15)}			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC^{*16)}			
G. Confirmare caz oncologic^{*17)}			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

9.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

Nr. Crt.	Numele și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Statul cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4 subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 9.1.*1)	Nr. Puncte/ asigurat caz nou confirmat din col. 5*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 5	Specialitatea medicului din col. 7	nr. contractului încheiat de medicul din col. 7 cu CAS (nr. Contract se regăsește în scrisoarea medicală)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.					10			
2.					10			
3.					10			
...					...			
TOTAL	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

9.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 9.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 6 din tabelul 9.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

9.4. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate persoanelor cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina

Denumirea serviciului medical	Nr. de puncte*1) pe serviciu medical	Nr. de servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7):	X	X	X

a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 de luni			
k) la 36 de luni			
l) anual, pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei⁸⁾:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic:	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice ⁹⁾			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt ⁹⁾			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice ¹⁰⁾			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 ani și 60 ani ¹¹⁾			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ¹²⁾			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR¹³⁾	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscrși pe lista proprie:	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz de [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE¹⁴⁾	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramelor			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficiale, înțepate superficiale, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramusculare, intravenoase, subcutanate, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului			

medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2 anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul de la punctul 9.4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale (documentele sunt cele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare).

9.5. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi - pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Numărul unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 9.4*1)	Nr. Puncte/ persoană beneficiară caz nou-confirmat din col. 4*2)	Codul de parafă al medicului de specialitate care a confirmat cazul nou din col. 4	Specialitatea medicului din col. 6	Nr. contractului încheiat de medicul din col. 6 cu CAS (nr. contract se regăsește în scrisoarea medicală.)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.				10			
2.				10			
3.				10			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

*2) Conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/persoană beneficiară, în luna în care a fost confirmat;

9.6. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.4

Total număr de puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 9.4	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 5 din tabelul 9.5	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4.3 + total pct. 6 + total pct. 7 + total pct. 8.3 + total pct. 9.3 + total pct. 9.6.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

11. Recalcularea numărului de puncte pe serviciu în raport cu gradul profesional:

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de	Majorarea/Diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)

familie" minus total col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 4.1, minus col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 8.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 9.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 9.4		
1	2	3

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 1-d) se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Anexa Nr. 1-e

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 în trimestrul**

Luna	Număr puncte pe trimestru	
	Total puncte*) "per capita" ajustate luate în calculul drepturilor*)	Puncte*) pentru servicii medicale***)
1	2	3
TOTAL		

Nr. puncte*) raportate în plus sau în minus**)

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

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

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

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

***) Se va trece totalul general puncte pe serviciu din col. 3 din tabelul de la punctul 11 din anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

DIRECTOR GENERAL,
.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE**
.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI RELAȚII
CONTRACTUALE**
.....

Întocmit,
.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 1-e se întocmește trimestrial 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 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Anexa Nr. 1-f

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr de zile lucrate	Venit lunar*)	Suma necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical**) 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. 17 lit. a) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

**) Conform art. 17 lit. b) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

DIRECTOR GENERAL,
.....

**DIRECTORUL EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE,**
.....

**DIRECTORUL EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE,**
.....

Întocmit
.....

NOTĂ:

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

Anexa Nr. 1-g

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

Situția cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o unitate administrativ-teritorială, trimestrul

Luna	Număr de medici	Sumă aferentă unei liste echilibrate de 800 de asigurați*)	Sume necesare pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului medical**)	Total sume
1	2	3	4	5 = 3 + 4
TOTAL				
Sume raportate în plus sau în minus***)				

*) Sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte "per capita" aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea, conform art. 6 din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023 cu modificările și completările ulterioare.

**) Conform art. 17 lit. b) din Anexa nr. 2 la H. G. nr. 521/2023 și conform art. 6 din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, 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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTORUL EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE,

.....

DIRECTORUL EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE,

.....

Întocmit

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa nr. 1-g se întocmește trimestrial 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 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Anexa Nr. 1-h

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume, prenume)

CNP medic de familie

DESFĂȘURĂTORUL ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE NOU VENIT*)

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

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, care au încheiat convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 17 și art. 14 alin. (4) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 1-h se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Anexa Nr. 1-i

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Medic de familie

.....

(numele și prenumele)

CNP medic de familie

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"

LUNA ANUL

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA" ȘI
ACORDATE ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

	Persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		Beneficiari ai formularelor/documentelor europene	
Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP-uri beneficiare/ Coduri unice de identificare	Număr servicii medicale	Nr. Coduri unice de identificare - beneficiare/numere de identificare personale
I. SERVICII MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA "PER CAPITA"*)				

1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală				
2. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemioepidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie				
3. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	x	x	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.				
4. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță				
5. Activități de suport - eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de concediu medical;				
b) bilete de trimitere;				
c) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;				
d) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;				
e) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinare), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1.456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unitățile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna și recreerea copiilor și tinerilor, cu modificările ulterioare;				
f) prescripții medicale;				
g) avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului sănătății și al ministrului educației nr. 438/4.629/2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos;				
h) fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, al ministrului sănătății și al ministrului educației naționale și cercetării științifice nr. 1.985/1.305/5.805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;				
i) adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază;				
j) documente medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul, dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;				
k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu;				
l) recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu;				
m) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.				
II. CONSULTĂȚILE prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și serviciile de la pct. 1.4.2 de la litera B din Anexa 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023 cu modificările și completările ulterioare, care depășesc limitele prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b) și art. 15 alin. (2) din Anexa 2 la același ordin**) respectiv:	x	x	x	x
A. Servicii medicale curative				
1. Consultația în caz de boală:				
a) consultație pentru afecțiuni acute				

b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice.				
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță				
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	x	x	x	x
1. urgență				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
C. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constator al decesului				
D. Servicii medicale diagnostice și terapeutice	x	x	x	
a) Spirometrie				
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore	x	x	x	
c) Măsurarea indicelui de presiune gleză - braț				
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei				
e) Tușeu rectal	x	x	x	
f) Tamponament anterior epistaxis				
g) Extracție corp străin din fosele nazale				
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen				
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)				
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie				
k) Sondaj vezical				
m) Tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)				
n) Supraveghere travaliu fără naștere				
o) Naștere precipitată				
p) Testul monofilamentului				
q) Peakflowmetrie				
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)				
s) Pansamente, suprimat fire				
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor				
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății				
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză				
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase				
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații				
x) Spălătură gastrică				
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculare în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate				

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Consultațiile realizate de medicii de familie pot fi decontate conform prevederilor art. 15 alin. (4) - (7) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară.

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

.....
(numele și prenumele)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-i se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Anexa Nr. 1-j

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

I. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU COPII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 2 ȘI 18 ANI, PRECUM ȘI PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA ÎNTRE 18 ȘI 39 DE ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 DE LA PUNCTUL 1.2.1, RESPECTIV NOTA 1 LIT. a) - b) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023 cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

II. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA DE PESTE 40 DE ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 LIT. c) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023 cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
 (nume și prenume)

III. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 DE ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.6 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...

TOTAL	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății/numărul unic de identificare - pentru cetățenii străini sau apatrizii aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(numele și prenumele)

IV. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.7 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(numele și prenumele)

V. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE MONITORIZARE A EVOLUȚIEI SARCINII, PREVĂZUTE LA PUNCTUL 1.2.2 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(numele și prenumele)

VI. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR, PENTRU ASIGURAȚII ADULȚI CARE NU PREZINTĂ SIMPTOME SUGESTIVE PENTRU DIABET ZAHARAT, CU VÂRSTA DE 18 ANI ȘI PESTE, SUPRAPONDERALI/OBEZI ȘI/SAU CARE PREZINTĂ UNUL SAU MAI MULȚI FACTORI DE RISC PENTRU DIABETUL ZAHARAT, CU OCAZIA ACORDĂRII ALTOR TIPURI DE CONSULTAȚII, DACĂ PERSOANA NU A MAI EFECTUAT INVESTIGAȚIILE RECOMANDATE ÎN ULTIMELE 6 LUNI, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.8 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(numele și prenumele)

VII. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR, PENTRU ASIGURAȚII ADULȚI, CU VÂRSTA DE 18 ANI ȘI PESTE, CARE NU PREZINTĂ SIMPTOME SUGESTIVE PENTRU BOALA CRONICĂ DE RINICHI, DAR CARE AU UNUL SAU MAI MULȚI FACTORI DE RISC PENTRU BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI, CU OCAZIA ACORDĂRII ALTOR TIPURI DE CONSULTAȚII, DACĂ PERSOANA NU A MAI EFECTUAT INVESTIGAȚIILE RECOMANDATE ÎN ULTIMELE 6 LUNI, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.8 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(numele și prenumele)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 1-j se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Anexa Nr. 1-k¹⁾

¹⁾ Anexa nr. 1-k a fost introdusă prin O. nr. 104/2024 de la data de 30 ianuarie 2024.

Casa de Asigurări de Sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Medic de familie

(numele și prenumele)

CNP medic de familie

DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de chestionare care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, aplicate copiilor înscrși pe lista proprie de către dr.

.....
(numele și prenumele medicului)

Luna anul

Nr. crt.	Numele și prenumele	Gen*)		Codul numeric personal/ Codul unic de identificare	Vârsta împlinită în luni
		M	F		
c1	c2	c3		c4	c5
1.					
2.					
...					
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 12 - 14 luni**)		X		X	X
1.					
2.					
...					

TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 15 - 17 luni**)		X	X	X
1.				
2.				
...				
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 18 - 23 de luni**)		X	X	X
1.				
2.				
...				
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 24 - 36 de luni***)		X	X	X

*) Se va bifa genul copilului căruia i se aplică chestionarul.

**) Conform literei c) de la punctul A din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Conform literei d) de la punctul A din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(semnătură electronică extinsă/calificată)

Anexa Nr. 1-I^{*)}

*) Anexa nr. 1-I a fost introdusă prin O. nr. 104/2024 de la data de 30 ianuarie 2024.

Casa de Asigurări de Sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Reprezentantul legal al furnizorului,

Medic de familie

(numele și prenumele)

CNP medic de familie

I. DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de riscograme aplicate persoanelor asimptomatice, cu vârsta de peste 40 de ani, înscrise pe lista proprie de către dr.
(numele și prenumele)

Luna anul

Nr. crt.	Nr. de riscograme pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie (pentru adulții asimptomatici care nu sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice)*)	Numele și prenumele	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare
	Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		
	...		
TOTAL 1		X	X
	Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal		
	...		
TOTAL 2		X	X
	Pentru beneficiari ai formularelor documentelor europene		
	...		
TOTAL 3		X	X
TOTAL GENERAL			

*) Conform punctului B.2 din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(semnătură electronică extinsă/calificată)

II. DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de riscograme aplicate adulților cu vârsta între 40 și 60 de ani, înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt înscrși pe lista proprie, de către dr.
(numele și prenumele)

Luna anul

Nr. crt.	Nr. de riscograme pentru adulții cu vârsta între 40 și 60 de ani înscrși pe lista medicului de familie (pentru depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice)*)	Numele și prenumele	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare
	Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		
	...		
TOTAL 1		X	X

	Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal		
		...	
TOTAL 2		X	X
	Pentru beneficiari ai formularelor/documentelor europene		
		...	
TOTAL 3		X	X
TOTAL GENERAL			

*) Conform punctului C din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(semnătură electronică extinsă/calificată)

III. DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de riscograme aplicate adulților cu vârsta de peste 60 de ani înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt înscrși pe lista proprie, de către dr.

.....
(numele și prenumele)

Luna anul

Nr. crt.	Nr. de riscograme pentru adulții cu vârsta de peste 60 de ani înscrși pe lista medicului de familie (pentru depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice)*)	Numele și prenumele	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare
	Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		
		...	
TOTAL 1		X	X
	Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal		
		...	
TOTAL 2		X	X
	Pentru beneficiari ai formularelor/documentelor europene		
		...	
TOTAL 3		X	X
TOTAL GENERAL			

*) Conform punctului D din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(semnătură electronică extinsă/calificată)

Anexa Nr. 1-m^{*)}

*) Anexa nr. 1-m a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.

Casa de asigurări de sănătate

.....
Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

1. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU CONSULTAȚII DE SPECIALITATE EFECTUATE ÎN AMBULATORIUL CLINIC DE SPECIALITATE, ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat consultația	Tipul consultației în urma căreia s-a recomandat consultația de specialitate***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) Conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

2. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU INTERNARE ÎN SPITAL, ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat internarea	Tipul consultației în urma căreia a recomandat internare în spital***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) Conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

3. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul consultației în urma căreia a recomandat investigații paraclinice***)	Tipul investigației paraclinice recomandate****)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5	C6
					...
					...
...	...	...	...	...	...
TOTAL			X	X	X

*) Conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

****) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale;

*****) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

4. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE PENTRU SERVICII MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE, ÎN VEDEREA EFECTUĂRII TESTĂRII PENTRU VIRUSUL HEPATITIC B, VIRUSUL HEPATITIC C, PRECUM ȘI ACORDATE FEMEILOR ÎNSĂRCINATE NEASIGURATE, ÎN VEDEREA EFECTUĂRII TESTĂRII PENTRU VIRUSUL HIV*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate***)/(codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
				...
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) Conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

****) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

5. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU CONSULTAȚII DE SPECIALITATE EFECTUATE ÎN AMBULATORIUL CLINIC DE SPECIALITATE, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat consultația	Tipul consultației în urma căreia s-a recomandat consultația de specialitate***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) Conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

6. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU INTERNARE ÎN SPITAL, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat internarea	Tipul consultației în urma căreia a recomandat internare în spital***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) Conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

7. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul consultației în urma căreia a recomandat investigații paraclinice***)	Tipul investigației paraclinice recomandate****)/ (codul)
C1	C2	C3	C4	C5	C6
					...
					...
...	...	...	...	...	
					...
TOTAL			X	X	X

*) Conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

****) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale;

*****) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

8. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU CONSULTAȚII DE SPECIALITATE EFECTUATE ÎN AMBULATORIUL CLINIC DE SPECIALITATE, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU AFECȚIUNEA RESPECTIVĂ*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat consultația	Tipul consultației în urma căreia s-a recomandat consultația de specialitate***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) Conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

9. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU INTERNARE ÎN SPITAL, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU AFECȚIUNEA RESPECTIVĂ*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat internarea	Tipul consultației în urma căreia a recomandat internare în spital***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

***) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

10. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU AFECȚIUNEA RESPECTIVĂ*)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul consultației în urma căreia a recomandat investigații paraclinice***)	Tipul investigației paraclinice recomandate****)/ (codul)
C1	C2	C3	C4	C5	C6
...	...	...	...	...	...
TOTAL			X	X	X

*) Conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

****) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale;

*****) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Anexa Nr. 2-a

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

1.1 Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de baza, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic

LUNA ANUL

Tabel 1.1. a)

Nr. crt.	Specialitatea/competență/atestat de studii complementare*)	Număr consultații/servicii pe zi					Total Consultații/servicii diagnostice și terapeutice	Nr. puncte**) pe tip de: consultație/serviciu diagnostic și terapeutic	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultații**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
1.	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice:							x	
2.	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz), din care:							x	
2.1	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz) acordată la distanță:							x	
3.	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice - consultații acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la medicul de familie pentru consultație în cadrul managementului de caz:							x	
3.1.	HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2						x	x	x
3.2.	boli respiratorii cronice: astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)						x	x	x
3.3.	boala cronică de rinichi						x	x	x
4.	Consultație medicală de specialitate pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală:							x	
5.	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat) din care:							x	
5.1	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare (caz suspionat și confirmat) acordată la distanță:							x	
6.	Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială							x	
7.	Consultații pentru îngrijiri paliative							x	
B.	Servicii diagnostice și terapeutice **) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
8.	Proceduri diagnostice simple:							x	
9.	Proceduri diagnostice de complexitate medie:							x	
10.	Proceduri diagnostice complexe:							x	
11.	Proceduri diagnostice de complexitate superioară:							x	
12.	Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple:							x	
13.	Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe:							x	
14.	Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple:							x	

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

*) sunt cele prevăzute la litera B punctele 2 și 7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 subpt. 1.1. - 1.6 și pct. 4, din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de servicii diagnostice și terapeutice (procedurile diagnostice și terapeutice) și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 în tabelul de la subpt. 1.7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B punctul 1, subpt. 1.8, din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei și punctajele aferente sunt cele prevăzute la lit. B pct. 1 subpt. 1.9 și pct. 4, din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Tabelul 1.1. b)

pagina 38/138

*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. B pct.1 sbct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.2.b) din anexa 2-a (continuare).

***) tariful este cel prevăzut în Anexa 7 la lit. B pct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală

*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-a - tab. 1.1 a) și 1.1 b) se întorc lunar și se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

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

1.2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAȚIILOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE

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

Tabelul 1.2. a)

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*)																							
			Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice - consultații acordate pe baza biletului de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz):	Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial enderno-epidemic (caz suspiciunat și confirmat)	Nr. consultații medicale pentru situații de urgență medic-chirurgicale	Nr. consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	Nr. consultații pentru îngrijiri paliative	Nr. proceduri diagnostice simple	Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie	Nr. proceduri diagnostice de complexitate superioară	Nr. proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale simple	Nr. proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale complexe	Nr. proceduri terapeutice/ tratamente medicale simple	Nr. proceduri terapeutice/ tratamente medicale complexe	Nr. proceduri terapeutice/ tratamente medicale complexe	Nr. tratamente ortopedice medicale	Nr. terapii psihice	Nr. terapii genetice medicale	Nr. consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuzicii		Nr. servicii de sănătate conectate actului medical					
																			HTA, dislipidemii și diabet zaharat tip 2	boli respiratorii cronice, astm bronșic și BPOC		baza cronică de rinichi				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27
TOTAL																										

*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele prevăzute la litera B din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "1" din tab. 1.1
Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "2" din tab. 1.1
Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.1" din tab. 1.1
Total col. C7 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.2" din tab. 1.1
Total col. C8 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.3" din tab. 1.1
Total col. C9 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "4" din tab. 1.1
Total col. C10 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "5" din tab. 1.1
Total col. C11 din tab. 1.2 = col. C4 lit. A poz. "6" din tab. 1.1
Total col. C12 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "7" din tab. 1.1
Total col. C13 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "8" din tab. 1.1
Total col. C14 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "9" din tab. 1.1
Total col. C15 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "10" din tab. 1.1
Total col. C16 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "11" din tab. 1.1
Total col. C17 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "12" din tab. 1.1
Total col. C18 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "13" din tab. 1.1
Total col. C19 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "14" din tab. 1.1
Total col. C20 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "15" din tab. 1.1
Total col. C21 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "16" din tab. 1.1
Total col. C22 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "17" din tab. 1.1
Total col. C23 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "18" din tab. 1.1
Total col. C24 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "19" din tab. 1.1
Total col. C25 din tab. 1.2 = col. C4 lit. C poz. "20.a" din tab. 1.1
Total col. C26 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "20.b" din tab. 1.1
Total col. C27 din tab. 1.2 = col. C4 lit. B poz. "21" din tab. 1.1

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

.....
(nume și prenume)

Tabelul 1.2.b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	CNP/Număr de identificare personal/Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului medical	Număr servicii medicale în scop diagnostic-caz
C1	C2	C3	C4	C5
1	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			
2	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			
3	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile)			
4	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)			
5	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hipertensiune gravidică ușoară)			
6	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III)			
7	Depistarea precoce a cancerului de sân*)			
8a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografică*)			

8b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografică ^{*)}			
9	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
9a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânelui identificate mamografic și ecografic			
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânelui identificate mamografic și/sau ecografic			
10	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
11	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			
12	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin			
x	TOTAL			

*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*) Serviciul cuprinde mamografie digitală

*) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

*) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: 1. Desfășurătoarele din Anexa 2-a (continuare) - tab. 1.2. a) și 1.2. b) se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-a - de la pct. 1.1 și 1.2 se completează distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele 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.

1.3. Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic pentru persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, după caz, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

Tabel 1.3. a)

Nr. crt.	Specialitatea/competență/ atestat de studii complementare*)	Număr consultații/servicii pe zi					Total consultații/servicii diagnostice și terapeutice	Nr. puncte**) pe tip de consultație/serviciu diagnostic și terapeutic	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
	A. Consultații**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
	1. Consultație medicală de specialitate pentru suspiciunea de afecțiune oncologică:							x	
	2. Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale afecțiunii oncologice:							x	
	3. Consultație medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice oncologice:							x	
	3.1 Consultație medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice oncologice, acordată la distanță:							x	
	4. Consultație pentru îngrijiri paliative acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice:							x	
	B. Servicii diagnostice și terapeutice**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
	1.1 Proceduri diagnostice simple pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică:							x	
	1.2 Proceduri diagnostice simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică:								
	2.1 Proceduri diagnostice de							x	

	complexitate medie pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică:								
2.2	Proceduri diagnostice de complexitate medie pentru asigurații cu afecțiune oncologică:								
3.1	Proceduri diagnostice complexe pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică:							x	
3.2	Proceduri diagnostice complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
4.1	Proceduri diagnostice de complexitate superioară pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică:							x	
4.2	Proceduri diagnostice de complexitate superioară pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
5	Proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
6.	Proceduri terapeutice/ tratamente chirurgicale complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
7.	Proceduri terapeutice/ tratamente medicale simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
8.	Proceduri terapeutice/ tratamente medicale de complexitate medie pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
9.	Proceduri terapeutice/ tratamente medicale complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
10.	Tratamente ortopedice medicale pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
11.	Terapii psihiatrice pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
12.	Terapii genetică medicală pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
C.	Servicii de sănătate conexe actului medical**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:						x	x	x
1.	Servicii de sănătate conexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică:							x	
D.	Servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie***) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:								
1	Servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie:								
	TOTAL GENERAL							x	

*) Sunt cele prevăzute la litera B punctele 2 și 7 din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1

subpct. 1.2., 1.3., 1.6 și pct. 4. din anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Tipurile de servicii diagnostice și terapeutice (procedurile diagnostice și terapeutice) și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pct. 1 în tabelul de la subpct. 1.7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B punctul 1, subpct. 1.8. din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice și punctajele aferente acestora sunt cele prevăzute la litera B punctul 1, subpct. 1.11. din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

Tabelul 1.3. b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	Numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz**)	Tarif/serviciu***)	Sumă realizată****) - lei -
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 * C4
1.	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)		***)	
2a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografică*2)		***)	
2b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografică*3)		***)	
3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin		***)	
3a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânelui identificate mamografic și ecografic		***)	
3b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânelui identificate mamografic și/sau ecografic		***)	
4.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic		***)	
5.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie		***)	
6.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin		***)	
	TOTAL GENERAL		X	

*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. B pct. 1 subpct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.4.b);

***) tariful este cel prevăzut în anexa 7 la lit. B pct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală;

*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică;

*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

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

.....
(nume și prenume)

1.4. Desfășurător pe CNP/număr de identificare personal/cod unic de identificare al consultațiilor și serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică în vederea confirmării diagnosticului și persoanelor cu afecțiune oncologică, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

LUNA ANUL

Tabelul 1.4. a)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului;
- b - Nr. consultații medicale de specialitate pentru suspiciunea de afecțiune oncologică
- c - Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutezări ale afecțiunii oncologice;
- d - Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice oncologice;
- e - Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice oncologice, acordate la distanță;
- f - Nr. consultații pentru îngrijiri paliative acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice;
- g - Nr. proceduri diagnostice simple pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- h - Nr. proceduri diagnostice simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- i - Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- j - Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- k - Nr. proceduri diagnostice complexe pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- l - Nr. proceduri diagnostice complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- m - Nr. proceduri diagnostice de complexitate superioară pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- n - Nr. proceduri diagnostice de complexitate superioară pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- o - Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- p - Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- q - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- r - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- s - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- ș - Nr. tratamente ortopedice medicale pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- t - Nr. terapii psihiatrice pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- ț - Nr. terapii genetice medicale pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- u - Nr. servicii de sănătate conexe actului medical pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- v - Nr. servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate persoanelor cu afecțiuni

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

[illegible]

Total col. C4 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. Apoz. "1" din tab. 1.3.a)
Total col. C5 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. Apoz. "2" din tab. 1.3.a)
Total col. C6 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. Apoz. "3" din tab. 1.3.a)
Total col. C7 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. Apoz. "3.1" din tab. 1.3.a)
Total col. C8 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. Apoz. "4" din tab. 1.3.a)
Total col. C9 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "1" din tab. 1.3.a)
Total col. C10 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "1.2" din tab. 1.3.a)
Total col. C11 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "2" din tab. 1.3.a)
Total col. C12 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "2.2" din tab. 1.3.a)
Total col. C13 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "3" din tab. 1.3.a)
Total col. C14 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "3.2" din tab. 1.3.a)
Total col. C15 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "4" din tab. 1.3.a)
Total col. C16 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "4.2" din tab. 1.3.a)
Total col. C17 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "5" din tab. 1.3.a)
Total col. C18 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "6" din tab. 1.3.a)
Total col. C19 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "7" din tab. 1.3.a)
Total col. C20 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "8" din tab. 1.3.a)
Total col. C21 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "9" din tab. 1.3.a)
Total col. C22 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "10" din tab. 1.3.a)
Total col. C23 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "11" din tab. 1.3.a)
Total col. C24 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "12" din tab. 1.3.a)
Total col. C25 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. C poz. "1" din tab. 1.3.a)
Total col. C26 (din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. D poz. "1" din tab. 1.3.a)

Tabelul 1.4.b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	CNP/Număr de identificare personal/Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului medical	Număr servicii medicale în scop diagnostic-caz
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)			
2a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)			
2b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)			
3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
3a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânelui identificate mamografic și ecografic			
3b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânelui identificate mamografic și/sau ecografic			
4.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			
6.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin			
x	TOTAL			

*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală
*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică
*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilaterală

NOTĂ: 1. Desfășurătoarele din anexa 2-a (continuare) - tab. 1.4. a) și 1.4. b) se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-a - de la pct. 1.3 și 1.4 se completează distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spațiul Economic European/ Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază pe teritoriul României de servicii medicale pentru afecțiuni oncologice sau suspiciune de afecțiuni oncologice, în vederea confirmării diagnosticului, de la furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

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

1.1. Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic

LUNA ANUL

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

**) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

LUNA ANUL

Total col. C4 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 1.1
Total col. C5 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 1.1
Total col. C6 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3.a din tab. 1.1
Total col. C7 din tab. 1.2 = col. C4 rândul 3.b din tab. 1.1

LUNA ANUL

Tabelul 1.3.a)

*) Specialitățile sunt cele de la lit. D punctul 2 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Conform lit. D punctul 1, subpunct 1.1. din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

****) Conform lit. D punctul 1, subpunct 1.2. din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

	de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic			
3b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic și/sau ecografic			
4.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
5.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			
x	TOTAL			

*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută la litera D pct. 1.3. din anexa 7 la Ordinul nr.

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală;

*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică;

*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**) pe consultație	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultații în cadrul pachetului de servicii:	x	x	x	x	x	x	x	x
1.	- consultație medicală pentru depistarea afecțiunii oncologice***)								
B.	Proceduri diagnostice pentru depistarea afecțiunilor oncologice:****)	x	x	x	x	x	x	x	x
1.	Proceduri diagnostice simple:							x	
2.	Proceduri diagnostice de complexitate medie:							x	
3.	Proceduri diagnostice complexe:							x	
4.	Proceduri diagnostice de complexitate superioară:							x	
	TOTAL GENERAL							x	

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate

(nume prenume)

CNP medic de specialitate

2.1. Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**) pe consultație	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3					C4	C5	C6 = C4 x C5
	Consultații în cadrul pachetului de servicii:	x	x	x	x	x	x	x	x
1.	- consultație medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală								
2.	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemioepidemic (caz suspionat și confirmat)								
3.	- consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice								
	TOTAL GENERAL							x	

*) Specialitățile sunt cele de la lit. B punctul 2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Conform lit. B pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

2.2 DESFĂȘURĂTOR PE NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAȚIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

LUNA ANUL

Nr. crt.	Număr de identificare	Număr de înregistrare în	Pachetul de servicii medicale*)		
			Consultații medicale -	Consultații medicale	Consultație medicală de

	personal/Cod unic de identificare	documentele de evidență de la nivelul cabinetului	pentru situații de urgență medico-chirurgicală	pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat)	specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale bolilor cronice
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

*) Consultațiile sunt cele conform lit. C pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

Total col. C6 din tab.2.2 = col. C4 rândul 3 din tab. 2.1

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: 1. Desfășurătoarele din Anexa 2-b - de la pct. 2.1 și 2.2 se completează distinct pentru pacienții din statele 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, fără a se completa rubricile aferente consultației medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice (pentru pacienții care beneficiază numai de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1 subpunctele 1.1. și 1.2. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-b se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa Nr. 2-c

CASA DE ASIGURĂRI DE

SĂNĂTATE

Localitate

Județ

Furnizor de servicii medicale

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de specialitate

(nume prenume)

CNP medic de specialitate

1.1 Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) lit. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

LUNA ANUL

Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*)			Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional***)	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care:	Puncte aferente consultațiilor și serviciilor medicale clinice	Puncte aferente serviciilor conexe			
C1	C2	C3	C4	C6	C6=C1+C4+C5

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

**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C4 = col. C2 x % de majorare;

***) col. C5 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care lucrează exclusiv în planificare familială și medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât și servicii medicale într-o altă specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporțional cu programul de lucru aferent specialității clinice.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1.1 se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale și nu cuprinde consultațiile și serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, respectiv persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune oncologică, pentru care se întocmește un desfășurător distinct.

1.2. Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) lit. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare - pentru servicii acordate persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică în vederea confirmării diagnosticului și persoanelor cu afecțiune oncologică, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

LUNA ANUL

Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*)				Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea**)	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional***)	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care:	Puncte aferente consultațiilor și serviciilor medicale clinice	Puncte aferente serviciilor conexe	Puncte aferente serviciilor conexe actului medical de psihooncologie			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C1 + C5

						+ C6
--	--	--	--	--	--	------

*) Tot. col. C1 = col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.3.a) al anexe 2-a;

**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C5 = col. C2 x % de majorare;

***) col. C6 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât și servicii medicale într-o altă specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporțional cu programul de lucru aferent specialității clinice.

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

.....
(nume și prenume)

2. Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) lit. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare - pentru servicii acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat cu suspiciune de afecțiune oncologică în vederea confirmării diagnosticului, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

LUNA ANUL

Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*)	Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional**)	Nr. total puncte realizate pe lună
C1	C2	C3	C5 = C1 + C2 + C3

*) Tot. col. C1 = col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.3.a) al anexe 2-b;

**) col. C3 = col. C1 x 20%.

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

.....
(nume și prenume)

Anexa Nr. 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 Anul

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

*) 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.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE**

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE**

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 2- d se întocmește trimestrial 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 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Anexa Nr. 2-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**RAPOARTELE DE ACTIVITATE ÎNTOCMITE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE
ZI DE UNITĂȚILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII
MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCȚIONALE CU
PERSONALITATE JURIDICĂ*)**

*) Conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

PRECIZARE:

Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, 1.1 B, 1.1 C și 1.1 D tabelele 1.2 A, 1.2 B, 1.2 C și 1.2 D, tabelele 1.3 A, 1.3 B, 1.3 C și 1.3 D din Anexa 3-h și tabelul din Anexa 3-j.

DIRECTOR GENERAL,

.....

NOTĂ:

Formularele se transmit de la casa de asigurări de sănătate către unitățile sanitare.

Anexa Nr. 2-f

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**RAPOARTELE PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂȚILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT
DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ,
AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂȚATE
MULTIFUNCȚIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ*)**

*) Conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

PRECIZARE:

Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, B, C și D, tabelele 1.2 A, B, C și D și tabelele 1.3 A, B, C și D din Anexa 3-i.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

Anexa Nr. 2-g

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 decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

2. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive*)**

Luna Anul

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

***) Investigațiile paraclinice sunt cele recomandate de medicul de familie, ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, persoanele asimptomatice peste 18 ani, persoanele cu vârsta între 40 și 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice, persoanele cu vârsta de peste 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, nota 1 de la punctul 1.2.3, nota 2 de la punctul 1.2.6, nota 2 de la punctul 1.2.7, de la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și care se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie ce are completat câmpul corespunzător prevenției.

2a. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive*)**

Luna Anul

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate;

**) Conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Investigațiile paraclinice sunt cele recomandate de medicul de familie, ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, persoanele asimptomatice peste 18 ani, persoanele cu vârsta între 40 și 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice, persoanele cu vârsta de peste 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt prevăzute la nota de la punctul 1.2.1, nota de la punctul 1.2.3, nota 2 de la punctul 1.2.6, nota 2 de la punctul 1.2.7, de la lit. A, din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și care se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie ce are completat câmpul corespunzător

prevenției.

3. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, legate de sarcină, efectuate în ambulatoriu de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii*)**

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) În condițiile prevăzute la *) și *)16) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

3¹. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

3². Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Notă: Desfășurătorul de la pct. 3¹) nu cuprinde investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.**3³. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie**

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Notă: Desfășurătorul de la pct. 3³) cuprinde doar investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.**3⁴. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie**

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform literiei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform literiei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

3⁵. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform literiei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform literiei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

4. 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 decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

5. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază legate de sarcină, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate, urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii***)

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul/investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

*** În condițiile prevăzute la *16) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A, respectiv la *4) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 2 al lit. A, din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

5¹. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

5². Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei -	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Notă: Desfășurătorul de la pct. 5² nu cuprinde investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.

5³. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei - C4	Suma (lei) C5 = C3 x C4
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Notă: Desfășurătorul de la pct. 5³ cuprinde doar investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.

5⁴. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei - C4	Suma (lei) C5 = C3 x C4
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform literiei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform literiei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

5⁵. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei - C4	Suma (lei) C5 = C3 x C4
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL			X	

*) Se completează conform literiei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform literiei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

6. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor care au încheiat convenție*) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice**

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice*)/(codul)	Total investigații paraclinice efectuate	Tarif decontat/investigație paraclinică**) - lei - C4	Suma (lei) C5 = C3 x C4
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL		X		

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*** Conform Anexei 41 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

7. Desfășurătorul pe CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare al 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/medicilor care au încheiat convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Numărul investigațiilor paraclinice
C1	C2	C3	C4
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare			
...			
TOTAL		X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de

identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

NOTĂ:

1. În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, se vor atașa și copii ale fișelor de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicilor cu specialitatea ATI.

2. Total col. C4 = (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 4) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 6).

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

.....
(nume și prenume)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

8. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu/medicilor care au încheiat convenție**) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice**

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat/ investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
				...	...	
TOTAL		X	X	X	X	
				...	...	
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*** Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

****) Conform Anexei 41 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

9. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie ca urmare a consultațiilor preventive

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul/investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat/ investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
				...	...	
TOTAL		X	X	X	X	
				...	...	
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*** Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

- Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar și se transmit cu semnătura electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice.
- Desfășurătoarele din anexa 2-g se completează și de spitale pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu de laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în structura acestora, inclusiv de cele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor
- Desfășurătoarele din anexa nr. 2-g se completează, după caz, și de:
 - furnizorii de servicii medicale clinice în asistența medicală primară, care au încheiat act adițional pentru ecografia la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară (pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);
 - furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, care au încheiat act adițional pentru ecografia la contractul de furnizare de servicii medicale clinice (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);
 - furnizorii de servicii de medicină dentară în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru radiografii dentare (retroalveolare și panoramice) și tomografii dentare CBCT la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu).
- Tabelele 1 și 7 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.
- Tabelele 1, 4, 7 și 8 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, recomandate până la data intrării în vigoare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 66/2024 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății, și pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice, boli cerebrovasculare și boală cronică renală - pentru afecțiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.
- Tabelul de la pct. 2 se completează pentru investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (7) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.
- Tabelul de la pct. 3 se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- Tabelul de la pct. 5 se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- Tabelul de la punctul 2a se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive.
- Tabelul de la pct. 3¹ se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie.
- Tabelul de la pct. 3² se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie.
- Tabelul de la pct. 3³ se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie.
- Tabelul de la pct. 3⁴ se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie.
- Tabelul de la pct. 3⁵ se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor de familie.
- Tabelul de la pct. 5¹ se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.
- Tabelul de la pct. 5² se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.
- Tabelul de la pct. 5³ se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.
- Tabelul de la pct. 5⁴ se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.
- Tabelul de la pct. 5⁵ se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.

10. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafră medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

11. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafră medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

12. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafră medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

(nume și prenume)

13. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

(nume și prenume)

14. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmare, la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

(nume și prenume)

15. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor de familie

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului

Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

16. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

17. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
(nume și prenume)

18. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere
----------	---------------------------------	--	---	--	---	--

		identificare*)	paraclinice	(codul)		(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
 (nume și prenume)

19. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parață medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....
 (nume și prenume)

20. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3^o) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parață medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Tarif decontat investigație paraclinică***) - lei -	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
						
TOTAL		X	X	X	X	
						
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

**) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

(nume și prenume)

21. Tabelele de la pct. 3¹, 3² și 3³ se completează, după caz, și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele asigurate, precum și cele acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

22. Tabelul de la pct. 3⁴ se completează, după caz, și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

23. Tabelele de la pct. 5¹, 5² și 5³ se completează, după caz, și de către furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, care au încheiat act adițional pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele asigurate, precum și cele acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

24. Tabelul de la pct. 5⁴ se completează, după caz, și de către furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, care au încheiat act adițional pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

25. Borderourile de la pct. 16, 17 și 18 se completează, după caz, și de către furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, care au încheiat act adițional pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele asigurate, precum și cele acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

26. Tabelul de la pct. 19 se completează, după caz, și de către furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu, care au încheiat act adițional pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

Anexa Nr. 2-h

Casa de asigurări de sănătate	Reprezentant legal
Furnizorul de servicii medicale	Medic de medicină dentară/ Medic de medicină dentară/
Localitatea	medic stomatolog/dentist medic stomatolog/dentist
Județul	(nume prenume) (nume prenume)
	Grad profesional medic Grad profesional medic
	CNP medic/dentist CNP medic/dentist

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

LUNA ANUL

Nr. crt.	Nr. Fișă sau Registru consultații	CNP asigurat/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Cod*) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/ luna	Tarif lei/serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	Total sumă realizată***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X	X		X	

*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-h se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată, la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa Nr. 2-i

Casa de asigurări de sănătate	Reprezentant legal
Furnizorul de servicii medicale	Medic de medicină dentară/ Medic de medicină dentară/
	medic stomatolog/dentist medic stomatolog/dentist
	(nume prenume) (nume prenume)
Localitatea	Grad profesional medic Grad profesional medic
Județul	CNP medic/dentist CNP medic/dentist

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI

LUNA ANUL

Nr. crt.	Nr. Fișă sau Registru consultații	CNP asigurat/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Cod*) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/ luna	Tarif lei/serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS ***)	Total sumă realizată ****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-k se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Anexa Nr. 2-1

Casa de asigurări de sănătate Reprezentantul legal al furnizorului
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea

1.1. Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare - zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriu

Luna Anul

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul furnizorului	Număr zile de tratament recomandate	Număr zile de tratament efectuate	Tarif(*) pe zi de tratament	Tarif(**) pe zi de tratament	Sumă*** (lei)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C5 x C6	C9 = C5 x C7
1.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal					X	X		
2.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal					X	X		
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)					X	X		

*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A pct. 1.1 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54 prevăzute la lit. A punctul 1.1 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4/zi, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

**) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 80 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, punctul 1.1 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1.857/441/2023 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tariful se reduce după cum urmează:

- pentru 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei
- pentru 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei
- pentru o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei

În situația în care numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 2 sau 3 pe zi, din care cel puțin două sunt dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi de tratament este de 80 lei/zi.

*** Se decontează cu prevederile art. 1 alin. (12) din Anexa nr. 10 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. 5 din tabelul 1.1 din Anexa 2-1 = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. 5 din tabelul 1.2 din Anexa 2-1.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1.1., se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care serviciile au fost acordate pentru reabilitarea specifică afecțiunii oncologice, pentru care se întocmește un desfășurător distinct.

Casa de asigurări de sănătate Reprezentantul legal al furnizorului
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea

1.1. a. Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare - zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriu pentru persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică afecțiunii oncologice

Luna Anul

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul furnizorului	Număr zile de tratament recomandate	Număr zile de tratament efectuate	Tarif(*) pe zi de tratament	Tarif(**) pe zi de tratament	Sumă*** (lei)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C5 x C6	C9 = C5 x C7
1.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal					X	X		
2.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal					X	X		

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

*** Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (13) din anexa nr. 11 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

[TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1 + Subtotal CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2 + ...)]

*) Conform lit. A, pct. 1.1 din anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Conform lit. A, pct. 1.1.1 din anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și art. 1 alin. (7) din anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la 1.2.a. se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa Nr. 2-m

Casa de asigurări de sănătate Reprezentantul legal al furnizorului
Furnizorul de servicii medicale Medic cu competență/atestat de studii
Localitatea complementare
Județul CNP medic de specialitate

1.1. Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură-consultații din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic și decontate din fondul alocat asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr consultații de acupunctură	Tarif(*) pe consultație contractat	Sumă**) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C4 x C5
TOTAL GENERAL		X		X	

*) Tariful/consultație pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 8, subpct. 8.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.2. Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure finalizate) și decontate din fondul alocat asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr servicii de acupunctură - cazuri finalizate (cure de tratament)	Număr zile recomandate	Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate	Tarif(*) pe serviciu medical-caz	Sumă **) (lei)	Motivul întreruperii curei***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C4 x C7	C9
TOTAL GENERAL						x		x
Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4)							-	

*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 8, subpct. 8.2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea cazurilor finalizate se realizează la tariful pe serviciu medical - caz contractat; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mic de 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz rezultat conform formulei: Tarif contractat (280 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă;

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-m se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2-m se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Anexa Nr. 2-n

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

1. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu

Luna anul

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3	C4
	Secțiunea 1		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale clinice
			
	Secțiunea 2		
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale de acupunctură
			

*) Se completează, după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

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

2. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de planuri de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate medicină fizică și de reabilitare

Luna anul

Nr. crt.	Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare (Nr. ...*)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare
C1	C2	C3	C4
			

*) Se completează cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

**) Se completează, după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

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

Anexa Nr. 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția	Nr. cazuri externat și raportate la CAS	Nr. cazuri externat raportate și validate*)	Nr. cazuri externat raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare. În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic din PIAS/SIUL.

1.1.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția	Nr. cazuri externat și raportate la CAS	Nr. cazuri externat raportate și validate*)	Nr. cazuri externat raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare. În tabelul de la pct. 1.1.1 se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic din PIAS/SIUL.

1.1.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE

PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU CONFIRMAREA AFECȚIUNII ONCOLOGICE - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

În tabelul de la pct. 1.1.2 se raportează doar cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică internate pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Data externării*) (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x		x

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul externat nevalidat
- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIU și nu cuprinde informații corespunzătoare cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate - numai cazuri reinternate și transferate**)	
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,
.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.2.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
..... PENTRU LUNA ANUL

Data externării*) (se raportează în ordine)	Numărul de înregistrare al Foi de	Cod de identificare a cazului	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului	Tipul de caz externat**)	Caz cu afecțiune oncologică/ suspiciune de
---	-----------------------------------	-------------------------------	--------	-----------	------------------------------	--------------------------	--

cronologică) - zz.ll.aa.hh	Observație Clinică Generală	externat			corespunzător cazului		afecțiune oncologică ****)
c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8
TOTAL	***)	x	x	x		x	x

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul externat nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

*** Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

****) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL. În tabelul de la pct. 1.2.3. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.2.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
..... PENTRU LUNA ANUL**

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)				Nr. cazuri externate raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate		Nr. cazuri externate - numai cazuri reinternate și transferate**)		Nr. cazuri cu afecțiune oncologică	Nr. cazuri cu suspiciune de afecțiune oncologică
		Nr. cazuri cu afecțiune oncologică	Nr. cazuri cu suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri cu afecțiune oncologică	Nr. cazuri cu suspiciune de afecțiune oncologică		
c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8
TOTAL SPITAL							

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,**

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.2.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN
REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL
SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE
ANUL**

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	x

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză;
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat;

*** Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică).

În coloanele C1 - C7 se regăsește informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate.
Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.3.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)			Nr. cazuri externate raportate și nevalide
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză**) (Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 - C3 - C4 - C5
TOTAL SPITAL					

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG- ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat (**)	Caz cu afecțiune oncologică (****)	Caz cu afecțiune oncologică (****)
c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	x	x	x	x

În coloanele C1 - C7 se regăsește informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză;
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat;

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

*****) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

1.3.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la	Nr. cazuri externate raportate și validate*)		Nr. cazuri externate raportate și nevalide
		Nr. cazuri externate - fără	Nr. cazuri reinternate și transferate	

	CAS	cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

În tabelul de la pct. 1.3.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

Anexa Nr. 3-b

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

SECȚIA	Nr. cazuri externate*)	ICM contractat ¹⁾	Tarif pe caz ponderat ²⁾	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C2 x C3
TOTAL SPITAL				

*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-a.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

 (nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ SAU CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

SECȚIA	Nr. cazuri externate*)	ICM contractat ¹⁾	Tarif pe caz ponderat ²⁾	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C2 x C3
TOTAL SPITAL				

*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 din anexa 3-a.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ și art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la pct. 1.2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

 (nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

1.2.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI

FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ANUL

Data externării*) (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Tarif pe caz ponderat*)	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	****)	x		

*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

*** Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe decontate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra "1" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$;

cu cifra "3" conform formulei: $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. a), punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Odată cu raportarea lunară, furnizorii privați de servicii medicale spitalicești vor transmite în PIAS decontul de cheltuieli eliberat asiguraților pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acțiune finanțate prin sistemul DRG pentru care au încasat contribuție personală asiguraților, potrivit art. 9, lit. a), pct. 1.3 din anexa 23 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la pct. 1.2.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*)		Tarif pe caz ponderat*)	Suma realizată*)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C2 + total col. C3 ≤ total col. C6 din desfășurătorul 1.2.1 din anexa 3-b.

*) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*) Suma realizată se calculează conform formulei $C5 = (C2 \times C4) + (C3 \times C4 \times 10\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-b corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.2.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ANUL

Data externării*) (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Tarif pe caz ponderat*)	Suma realizată ****)	Caz cu suspiciune afecțiune oncologică/ Caz de afecțiune oncologică *****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	c10

TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x			
-------	------	---	---	---	--------	---	--	--	--

*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

*****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra "1" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$;

cu cifra "3" conform formulei: $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr.

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.2.3 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

*****) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.2.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ANUL

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului*)		Tarif pe caz ponderat*)	Suma realizată*)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C2 + total col. C3 <= total col. C6 din desfășurătorul 1.2.3 din anexa 3-b.

*) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*) Suma realizată se calculează conform formulei $C5 = (C2 \times C4) + (C3 \times C4 \times 10\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul

MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-b corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

În tabelul de la pct. 1.2.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Data externării*) (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Tarif pe caz ponderat*)	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat

- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

*** Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

**** Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra "1" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$;

cu cifra "2" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$;

cu cifra "3" conform formulei: $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

***** Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

În tabelul de la pct. 1.3.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate raportate și validate, în limita sumei contractate ^{*)}			Nr. total cazuri ponderate în limita sumei contractate ^{*)}	Tarif pe caz ponderat ^{*)}	Suma realizată ^{*)}
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză ^{*)}			
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 + C3 + C4$	C6	C7
TOTAL SPITAL					x	

*) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023.

**) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

*) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C5 $\leq$ total col. C6 din desfășurătorul 1.3.1 din anexa 3-b.

*) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*) Suma realizată se calculează conform formulei $C7 = [(C2 + C3) \times C6] + (C4 \times C6 \times 10\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Data externării ^{*)} (se raportează în ordine cronologică) - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG-ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)	Tarif pe caz ponderat ^{*)}	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	****)	x		

*) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra "1" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$;

cu cifra "2" conform formulei: $C9 = C6 \times C8$;

cu cifra "3" conform formulei: $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr.

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.3 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.3.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate raportate și validate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului ^{*)}		Nr. total cazuri ponderate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului ^{*)}	Tarif pe caz ponderat ^{*)}	Suma realizată ^{*)}
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză ^{*)}			
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 + C3 + C4$	C6
TOTAL SPITAL				x	

*) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

*) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C5 $\leq$ total col. C6 din desfășurătorul 1.3.3 din anexa 3-b.

*) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*) Suma realizată se calculează conform formulei $C7 = [(C2 + C3) \times C6] + (C4 \times C6 \times 10\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa Nr. 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/ compartimentul ^{*)}	Nr. cazuri externate și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	
	Raportate și validate ^{**)}	Raportate și nevalidate	Raportate și validate ^{**)*)}	Raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

****) Se completează cu numărul de zile de spitalizare validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

1.1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate
C1	C2	C3
TOTAL SPITAL		

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.1.1 se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

1.2. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	Nr. cazuri externe raportate și validate**)		Nr. cazuri externe raportate și nevalidate
		Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 - C3 - C4
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023.

Notă: În tabelul de la pct. 1.2.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2. b

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

1.2.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI

..... PENTRU LUNA ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externat raportate la CAS	Nr. cazuri externat raportate și validate**) Fără cazuri reinternat și transferate	Nr. cazuri externat raportate și validate**) Cazuri reinternat și transferate***)	Nr. cazuri externat raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5=C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*** conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.2.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**1.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL****1.3. a**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externat și raportate la CAS	Nr. cazuri externat, raportate și validate**)			Nr. cazuri externat raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externat fără cazuri reinternat și transferate	Nr. cazuri externat reinternat și transferate care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externat reinternat și transferate fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 - C3 - C4 - C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*** conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externat reinternat sau transferate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.3.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3. b

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externat și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externat și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

1.3.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externat și raportate la CAS	Nr. cazuri externat, raportate și validate**)			Nr. cazuri externat raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externat fără cazuri reinternat și transferate	Nr. cazuri externat reinternat și transferate care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externat reinternat și transferate fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C2-C3-C4-C5

TOTAL SPITAL

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

Notă: În tabelul de la pct. 1.3.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**1.4.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.4.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

1.4.1.a. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.4.1.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**1.4.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU LUNA ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.4.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

1.4.2.a. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - PENTRU LUNA ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Notă: În tabelul de la pct. 1.4.2.a se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.4.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU TRIMESTRUL ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.4.3. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

.....

1.4.3.a. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - PENTRU TRIMESTRUL ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C3 = C1 - C2
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.4.3.a se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

.....

Anexa Nr. 3-d

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)	Durata de spitalizare ¹⁾	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate***)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată ****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC3xC5 sau C6=C4 x C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 raportul 1.1 din anexa 3-c.

*** Se completează cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externat și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*¹) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE
ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI
CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE
CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externat, raportate și validate**)	Durata de spitalizare* ¹)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C5
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Se completează cu numărul de cazuri externat, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 din raportul 1.1.1 din anexa 3-c.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ și art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*¹) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.1.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN
SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA ANUL**

.....

1.2.a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externat, raportate și validate, în limita sumei contractate* ¹)		Durata de spitalizare* ²)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate			
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2xC4xC5 + C3xC4xC5x10%.
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*¹) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.a din anexa 3-c. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.a din anexa 3-c.

*²) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.2.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2.b

Secția/	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare pe	Suma realizată****)
---------	---	-------------------------------	---------------------

compartimentul*)	raportate și validate, în limita sumei contractate**)	secție/compartiment, contractat	
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL			

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

**) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.b din anexa 3-c.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.2.b nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a + col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, din care se scade suma din coloana C6 din raportul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.	Suma rămasă de plată pentru luna curentă
--	--

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

**1.2.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE
PERSONELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI
DIN SPITALE,
PENTRU LUNA ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe, raportate și validate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului*1)		Durata de spitalizare *2)	Tarife pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate			
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 x C4 x C5 + C3 x C4 x C5 x 10%.
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr.

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-c. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-c.

*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.2.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN
SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL**

1.3.a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe, raportate și validate, în limita sumei contractate ¹⁾			Durata de spitalizare ²⁾	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment contractat	Suma realizată**)
	Nr. cazuri externe, raportate și validate (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externe, raportate și validate reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externe, raportate și validate reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=(C2+C3)x C5x C6+C4x C5x C6x10%
TOTAL SPITAL				x	x	

*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

1) Coloana C2 + coloana C3 + coloana C4 <= coloana C3 + coloana C4 + coloana C5 din tabelul 1.3.a din anexa 3-c.

2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.3.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3.b

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

**) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.b din anexa 3-c.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.3.b nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1.4.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.1 din anexa 3-c.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.4.1.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.1.a. din anexa 3-c.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.1.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.4.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE
SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU LUNA**

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.2 din anexa 3-c.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.4.2.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE
SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU
AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ,
PENTRU LUNA**

Secția/compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.2.a. din anexa 3-c.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.2.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.4.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE
SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU TRIMESTRUL ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.3 din anexa 3-c.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura

electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.3. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.4.3.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU TRIMESTRUL ANUL**

Secția/compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.3.a din anexa 3-c.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.3.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

Anexa Nr. 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate**)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acții prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,**

.....

**1.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate **)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acții prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,**

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.2.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL**

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică -	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică	Cod de identificare a	Secția/ compartimentul	Tipul de caz externat**)
---	--	-----------------------	------------------------	--------------------------

zz.ll.aa.hh	Generală	cazului externat		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică).

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.2.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

PENTRU LUNA ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 - C3 - C4
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

***) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

1.2.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI

PENTRU LUNA ANUL

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/ compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

Desfășurătorul de la punctul 1.2.3 cuprinde doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică.

1.2.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU

**SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI**

.....
PENTRU LUNA ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe raportate la CAS	Nr. cazuri externe, raportate și validate**)		Nr. cazuri externe, reinternate și transferate***)
		Nr. cazuri externe raportate și nevalidate	Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 - C3 - C4
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*** conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.2.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN
REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ
REZOLVAT AL SPITALULUI**

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/ compartimentul	Tipul de caz externat**)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50);

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat **validat**
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

*** Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe și raportate la CAS (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

Desfășurătorul de la pct. 1.3.1. nu cuprinde cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	Nr. cazuri externe, raportate și validate **)			Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 - C3 - C4 - C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*** conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.3.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT**

AL SPITALULUI

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat**)	Caz cu suspiciune de afecțiune oncologică****)	Caz cu afecțiune oncologică****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x			

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv se completează în cifre, (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50);

**) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză

- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

****) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (doar cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice)

*****) Se va completa cu AO cazul cu afecțiuni oncologice și cu SO cazul cu suspiciune oncologică.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

**1.3.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI**

.....

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate **)			Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***)	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C2 - C3 - C4 - C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

****) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

În tabelul de la pct. 1.3.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

Anexa Nr. 3-f

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN
REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ
REZOLVAT,**

1.2. PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-e.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2), din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 din anexa 3-e.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ și art. 16 alin. (2), din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

**1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN
REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ
REZOLVAT,
PENTRU LUNA ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C4 + C3 \times C4 \times 10\%$
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e.

**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-f corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică

extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.3. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3.a RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului *)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4 + C3 x C4 x 10%
TOTAL SPITAL				

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.4 din anexa 3-e.

**) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.2 din anexa 3-f corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.3.a se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1.3.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numerul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/ compartimentul	Tipul de caz externat**)	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv, se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat **validat**
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care a urmat a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

*** Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:

cu cifra "1" conform formulei: C7 = C6;
cu cifra "2" conform formulei: C7 = C6;
cu cifra "3" conform formulei: C7 = C6 x 10%;

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Desfășurătorul de la pct. 1.3.1. nu cuprinde cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu

suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1.3.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externat, raportate și validate în limita sumei contractate*)			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
	Nr. cazuri externat fără cazuri reinternat și transferate	Nr. cazuri externat, reinternat și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri externat, reinternat și transferate, fără avizul comisiei de analiză**)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL				x	

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C4 <= coloana C5 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e.

**) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externat reinternat sau transferat;

***) Suma realizată se calculează conform formulei $C6 = [(C2 + C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 10\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Data externării*) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/ compartimentul	Tipul de caz externat**)	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externat, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv, se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat

- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externat decontate (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:

cu cifra "1" conform formulei: $C7 = C6$;

cu cifra "2" conform formulei: $C7 = C6$;

cu cifra "3" conform formulei: $C7 = C6 \times 10\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 91 punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**.....
(nume și prenume)**1.3.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate în limita sumei contractate *1)			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată ***)
	Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL				x	

*) Secții/Compartimente de acțiune prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.3.4 din anexa 3-e. Coloana C4 <= coloana C5 din tabelul 1.3.4 din anexa 3-e.

**) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

***) Suma realizată se calculează conform formulei $C6 = [(C2 + C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 10\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**.....
(nume și prenume)**Anexa Nr. 3-g****CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE****1. RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIMESTRUL ANUL**

Date de identificare al cazului externat invalidat *)				Motivul invalidării	
Secția/ compartimentul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS/ CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

În tabelul de la pct. 1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**2. RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE (PENTRU PERSOANELE) ASIGURATE
DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE
ONCOLOGICĂ) - ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI
.....
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIMESTRUL ANUL**

Date de identificare al cazului externat invalidat *)				Motivul invalidării	
Secția/ compartimentul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS/ CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

În tabelul de la pct. 2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Anexa Nr. 3-h**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE****1.1 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE
SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL
SPITALULUI**

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.A. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.1.A.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL	x						

*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.1.A.1. se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.B. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.1.B.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL	x						

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.1.B.1. se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.C. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.1.C.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.1.C.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1 D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.D. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.1.D.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.1.D.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.1 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE
DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

**1.1 F. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL
SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate **)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii	Nr. servicii	Nr. servicii	Nr. servicii	Nr. servicii	Nr. servicii

	afecțiune oncologică	suspiciune de afecțiune oncologică	afecțiune oncologică	suspiciune de afecțiune oncologică	afecțiune oncologică	suspiciune de afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.1.F. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.2 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL

Denumire afecțiune (diagnostic)*	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.2.A. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2.A.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL

Denumire afecțiune (diagnostic)*	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL	x						

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.2.A.1 se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.2 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.
3. În tabelul de la pct. 1.2.B. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2.B.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL	x						

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. În tabelul de la pct. 1.2.B.1 se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.2 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.
3. În tabelul de la pct. 1.2.C. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.2.C.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU LUNA
..... ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. În tabelul de la pct. 1.2.C.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.2.D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE
SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
.....
PENTRU LUNA ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	C1	C2	C3	C4		
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.
3. În tabelul de la pct. 1.2.D. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.2.D.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE

**PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU LUNA ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.2.D.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

**1.2.E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE
DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**

.....
PENTRU LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

**1.2.F. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE
SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**

.....
PENTRU LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.2.F. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de

asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire afecțiune (diagnostic)*	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.
3. În tabelul de la pct. 1.3.A. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

1.3.A.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire afecțiune (diagnostic)*	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL	x						

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. În tabelul de la pct. 1.3.A.1 se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de

vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.
3. În tabelul de la pct. 1.3.B. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.3.B.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
 PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
 SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
 FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL
 SPITALULUI ANUL**

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**), din care:		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate, din care:	
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL	x						

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. În tabelul de la pct. 1.3.B.1. se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**1.3.C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE
 SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
 ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.
2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.
3. În tabelul de la pct. 1.3.C. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.3.C.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
 PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU**

**SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.3.C.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI

.....

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	C1	C2	C3	C4		
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.3.D. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**1.3.D.1 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE
PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune de afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL						

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări

de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.3.D.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**1.3 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**

.....

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

1.3.F. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI**PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL**

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

**) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**Director general,**

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUL.

2. În tabelul de la pct. 1.3.F. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Anexa Nr. 3-i

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL**A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL**

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4

TOTAL SPITAL	x		x	
--------------	---	--	---	--

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 A din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. A nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 B din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. B nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 C din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. C. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 D din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. D. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ pentru raportul 1.1.: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 E din anexa 3-h la ordin.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PRECUM ȘI PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ANUL

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi**)		Tarif pe caz rezolvat medical	Sumă aferentă cazurilor cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c3 x c5	c7 = c4 x c5	c8 = c6 + c7
TOTAL SPITAL	x			x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.1.A.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. A se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)		Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Sumă aferentă cazurilor cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c3 x c5	c7 = c4 x c5	c8 = c6 + c7
TOTAL SPITAL	x			x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.1 B.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. B se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**) Nr. servicii pentru persoane asigurate cu afecțiune oncologică	Nr. servicii pentru persoane asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	Tarif pe serviciu medical	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c4	c6 = c3 x c4	c7 = c5 + c6
TOTAL SPITAL			x			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.1 C.1 din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. C se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**) Nr. servicii pentru persoane asigurate cu afecțiune oncologică	Nr. servicii pentru persoane asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	Tarif pe serviciu medical	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c4	c6 = c3 x c4	c7 = c5 + c6
TOTAL SPITAL			x			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.1 D.1 din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. D se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului

.....

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate**) C2	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***) C4 = C2 x C3
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 F din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. E. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.1.1: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA ANUL

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 A din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. A nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 B din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. B nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 C din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. C nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 D din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. D nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ pentru raportul 1.2.: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 E din anexa 3-h la ordin.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

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

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.2.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PRECUM ȘI PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA ANUL

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**)		Tarif pe caz rezolvat medical	Sumă aferentă cazurilor cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5	$c6 = c3 \times c5$	$c7 = c4 \times c5$	$c8 = c6 + c7$
TOTAL SPITAL	x			x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.2 A.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. A se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul

suspiciunii de afecțiune oncologică.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**) Nr. cazuri afecțiune oncologică Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică		Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Sumă aferentă cazurilor cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c3 x c5	c7 = c4 x c5	c8 = c6 + c7
TOTAL SPITAL	x			x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.2 B.1 din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. B se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**) Nr. servicii pentru persoane asigurate cu afecțiune oncologică Nr. servicii pentru persoane asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică		Tarif pe serviciu medical	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c4	c6 = c3 x c4	c7 = c5 + c6
TOTAL SPITAL			x			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.2.C.1 din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. C se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**) Nr. servicii pentru persoane asigurate cu afecțiune oncologică Nr. servicii pentru persoane asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică		Tarif pe serviciu medical	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c4	c6 = c3 x c4	c7 = c5 + c6
TOTAL SPITAL			x			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.2 D.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C8 tabelul A + col. C8 tabelul B + col. C7 tabelul C + col. C7 tabelul D din raportul 1.2.1 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C8 tabelul A + col. C8 tabelul B + col. C7 tabelul C + col. C7 tabelul D din raportul 1.1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. D se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumelor alocate de la bugetul de stat, prin bugetul MS prin transferuri către bugetul FNUASS**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2.F din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C4 tabelul E din raportul 1.2.1 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C4 tabelul E din raportul 1.1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. E. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.2.1: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic)*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 A din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. h), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. A nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea

cancerului.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 B din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. B nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 C din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. C nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 D din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. D nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ pentru raportul 1.3.: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL	x		

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.3.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PRECUM ȘI PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic*)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**)		Tarif pe caz rezolvat medical	Sumă aferentă cazurilor cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c3 x c5	c7 = c4 x c5	c8 = c6 + c7
TOTAL SPITAL	x			x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C 6 din raportul 1.3.A.1 din anexa 3-h.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9^a din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. A se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**)		Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Sumă aferentă cazurilor cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
		Nr. cazuri afecțiune oncologică	Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5	c6 = c3 x c5	c7 = c4 x c5	c8 = c6 + c7
TOTAL SPITAL	x			x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate,

prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.3 B.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9^a din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. B se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**)		Tarif pe serviciu medical	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
	Nr. servicii pentru persoane asigurate cu afecțiune oncologică	Nr. servicii pentru persoane asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c4	c6 = c3 x c4	c7 = c5 + c6
TOTAL SPITAL			x			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.3.C.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9^a din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. C se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

D. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**)		Tarif pe serviciu medical	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu afecțiune oncologică	Sumă aferentă serviciilor pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică	TOTAL Suma realizată***)
	Nr. servicii pentru persoane asigurate cu afecțiune oncologică	Nr. servicii pentru persoane asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5 = c2 x c4	c6 = c3 x c4	c7 = c5 + c6
TOTAL SPITAL			x			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.3.D.1 din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9^a din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. D se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumelor alocate de la bugetul de stat, prin bugetul MS prin transferuri către bugetul FNUASS**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3

TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 din raportul 1.3.F din anexa 3-h.

*** Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9¹ din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. E. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

NOTĂ pentru raportul 1.3.1.: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa Nr. 3-j**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE, INCLUSIV
CAZURILE/SERVICIILE PENTRU PERSOANELE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU
SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ACORDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI
ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA
...../TRIMESTRUL ANUL**

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat*)					Motivul invalidării	
Cod de identificare a cazului externat	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fișei de spitalizare de zi	Tip fișă (caz/serviciu)	AO/SO, după caz**)	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS/CAS)
C1	C2	C3	C4		C5	C6

*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

**) Se va completa - acolo unde este cazul - cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,**

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

Anexa 3-k¹⁾**INSTITUTUL NAȚIONAL DE MANAGEMENT AL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE****RAPORT**

**privind numărul zilelor de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de
terapie intensivă a/al Spitalului
în trimestrul anul**

Nr. crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)*)	Categorie medicală, chirurgicală sau altele (M/C/A)*)	Grupa de diagnostic*)	Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de TI a/al spitalului**)

*) Conform anexelor nr. 23 B I și 23 B II la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

**) Reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în anexele nr. 23 B I și 23 B II la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Formularele se transmit de la Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic, cu semnătură electronică extinsă.

Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate
Director general

Anexa Nr. 4-a

Casa de asigurări de sănătate
.....

Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitatea
Județul

**1. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU
AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE**

LUNA/TRIM. ANUL

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Contractați;
B - Efectiv parcurși;
C - Efectiv realizați;
D - Contractată.

Tip autovehicul	Total km efectiv parcurși în mediul urban*)		Total km efectiv parcurși în mediul rural*)		Tarif pe km parcurs**)	Total sumă		Suma decontată***)
	A	B	A	C		D	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C6 x (C2 + C4)	C8 = C6 x (C3 + C5)	C9 = C7 sau C8
TOTAL					X			

*) numărul de km efectiv parcurși în mediul urban/mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

*** Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul de la pct. 1 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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 și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologice.

2. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, CU AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA/TRIM. ANUL

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Contractați;
B - Efectiv parcurși;
C - Efectiv realizați;
D - Contractată.

Tip autovehicul	Total km efectiv parcurși în mediul urban*)		Total km efectiv parcurși în mediul rural*)		Tarif pe km parcurs**)	Total sumă		Suma decontată***)
	A	B	A	C		D	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C6 x (C2 + C4)	C8 = C6 x (C3 + C5)	C9 = C7 sau C8
TOTAL					X			

*) numărul de km efectiv parcurși în mediul urban/mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

*** Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (1¹) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul de la pct. 2 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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, și cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologice.

Anexa Nr. 4-b

Casa de asigurări de sănătate
.....

Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitatea
Județul

1. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA/TRIM. ANUL

Tip ambarcațiune	Total mile*)		Tarif pe milă marină**)	Total sumă		Suma decontată***)
	Contractate	Efectiv parcurse		Contractată	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4	C6 = C3 x C4	C7 = (C5 sau C6)
	x			x		
	x			x		
	x			x		
TOTAL	x		x	x		

*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul

MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

***) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul de la pct. 1 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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, și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică.

2. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT ACORDATE PE APĂ PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

LUNA/TRIM. ANUL

Tip ambarcațiune	Total mile*)		Tarif pe milă marină**) C4	Total sumă		Suma decontată***) C7 = (C5 sau C6)
	Contractate C2	Efectiv parcurse C3		Contractată C5 = C2 x C4	Realizată***) C6 = C3 x C4	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4	C6 = C3 x C4	C7 = (C5 sau C6)
	x			x		
	x			x		
	x			x		
	x			x		
TOTAL			x			

*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

**) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul

MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

***) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (1¹) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 2 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa Nr. 4-c

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTAȚIILOR DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

Luna/Trim ANUL

Nr. crt.	Autoturism transport/ mijloc de intervenție/ transport pe apă pentru consultații de urgență la domiciliu	Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare*) C5	Total sumă		Suma decontată**) C8 = (C6 sau C7)
			Contractat C3	Realizat C4		Contractată C6 = C3 x C5	Realizată**) C7 = C4 x C5	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C5	C7 = C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
		Subtotal 1 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanență			x			
		Subtotal 2 - solicitări pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de medicii din unitățile medicale specializate private			x			
		TOTAL (subtot. 1 + subtot. 2)			X			

*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 și art. 8 alin. (1) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

1.2. EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE/NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL A SERVICIILOR - CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚILE MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

Luna/Trim ANUL

Nr. crt.	Tip serviciu - consultație de urgență la domiciliu conform lit. A. pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/CNAS nr.	CNP/Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal*)	
		beneficiari a pachetului de	beneficiari a pachetului de

ORDIN Nr. 563 din 12 iulie 2023

Text extras din aplicația Eurolex dezvoltată de G&G Consulting SRL

	1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare	servicii medicale de bază	minimal de servicii medicale
C1	C2	C3	C4
TOTAL	X		

*) Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul/codul unic de asigurare din motive justificate se va completa cu 000000000000 (Total col. C3 + total col. C4) 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
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

- Desfășurătoarele din Anexa 4-c se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.
- Desfășurătoarele se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultațiile de urgență la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenție/transport pe apă

Anexa Nr. 5-a

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu
Localitatea
Județul

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU RECOMANDATE

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP asigurat/Cod unic de identificare Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, pe zi																															Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2																																C4	C5
1																																			x
		(...)																																	
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1																																			
2																																			x
		(...)																																	
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2																																			
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 + ...)																																			

*) conform anexei nr. 30A la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**) conform art. 4 alin.(1) din anexa nr. 31A la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

Anexa Nr. 5-a¹⁾

*) Anexa nr. 5-a¹ a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu
Localitatea
Județul

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU RECOMANDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP asigurat/ Cod unic de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, pe zi																															Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2																																C4	C5
1																																			x
		(...)																																	
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1																																			
2																																			x
		(...)																																	
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2																																			
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)																																			

*) conform anexei nr. 30A la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**) conform art. 4 alin.(1) din anexa nr. 31A la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-a¹ se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexa Nr. 5-b

Casa de asigurări de sănătate
.....Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu
Localitatea
Județul

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ÎN MEDIUL URBAN/ÎN MEDIUL RURAL

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de Cod unic de identificare/Număr de identificare personal asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu	Status de performanță ECOG*)	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu**)	Tarif/zi de îngrijire (în mediul urban/în mediul rural) (lei)***)	Sumă decontată de CAS****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11 = C9 x C10
1										
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1									x	
2										
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2									x	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)									x	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

*) Se va completa "3" pentru status de performanță ECOG 3, respectiv "4" pentru status de performanță ECOG 4

**) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C9 din Anexa 5-b = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-a

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C9 din Anexa 5-b = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-a

TOTAL GENERAL, col. C9 din Anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a

***) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale este de 114 lei (pentru mediul urban);

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 124 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 134 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 144 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 153 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 163 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

[Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire

****) Conform art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

Anexa Nr. 5-b¹⁾*) Anexa nr. 5-b¹ a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.Casa de asigurări de sănătate
.....Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu
Localitatea
Județul

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR DIAGNOSTICAȚI CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ÎN MEDIUL URBAN/ÎN MEDIUL RURAL

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de Cod unic de identificare/Număr de identificare personal asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu	Status de performanță ECOG 3/4*)	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu**)	Tarif/zi de îngrijire (în mediul urban/în mediul rural) (lei)***)	Sumă decontată de CAS****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11 = C9 x C10
1										
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1									x	
2										
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2									x	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)									x	

*) Se va completa "3" pentru status de performanță ECOG 3, respectiv "4" pentru status de performanță ECOG 4

**) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C9 din Anexa 5-b¹ = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-a¹

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C9 din Anexa 5-b¹ = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-a¹

TOTAL GENERAL, col. C9 din Anexa 5-b¹ = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a¹

***) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabili/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale este de 114 lei (pentru mediul urban);
- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 124 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 134 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 144 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 153 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 163 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

[Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire

****) Conform art. 4 alin. (5) din anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-b¹ se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexa Nr. 5-c

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Localitatea

Județul

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIUL CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP asigurat/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi																															Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2																																C4	C5
1																																			x
		(...)																																	
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1																																			
2																																			x
		(...)																																	
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2																																			
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +.....)																																			

*) conform anexei nr. 30B la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

**) conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31B la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 5-c se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

Anexa Nr. 5-c¹)

*) Anexa nr. 5-c¹ a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Localitatea

Județul

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIUL PENTRU ASIGURAȚI DIAGNOSTICAȚI CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP asigurat/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu*)	Număr servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi																															Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
C0	C1	C2																																C4	C5
1																																			x
			(.....)																																
SUBTOTAL CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1																																			
2																																			x

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5 - c¹ se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(nume si prenume)

NOTĂ:

Anexa Nr. 5-d

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu
Localitatea
Judetul

**DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA
DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ ÎN MEDIUL URBAN/ÎN MEDIUL RURAL**

LUNA ANUL

*) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C8 din Anexa 5 d = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-c
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5 d = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-c

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5 d *1) = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5 c

**) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative este de 204 lei (pentru mediul urban);
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 214 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 224 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate);
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 233 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 243 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 253 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire/număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

***) Conform art. 4 alin.(1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului
.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 5-d se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

Anexa Nr. 5-d^{1*})

*) Anexa nr. 5-d¹ a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.

DEFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR DIAGNOSTICAȚI CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ ÎN MEDIUL URBAN/ÎN MEDIUL RURAL

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/Număr de Cod unic de identificare/Număr de identificare personal asigurat	Medicul de familie/specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri paliative la	Data începerii episodului de îngrijiri paliative la	Data sfârșitului episodului de îngrijiri paliative la	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile paliative la domiciliu conform	Tarif**)/zi de îngrijire (în mediul urban/in mediul rural)	Sumă decontată de CAS***) (lei)
----------	---	---	------------------	--	---	---	--	--	---------------------------------

				domiciliu	domiciliu	domiciliu	planului de îngrijire paliativă*)	(lei)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10 = C8 x C9
1									
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1								x	
2									
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2								x	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2 +)								x	

*) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C8 din anexa 5-d¹ = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din anexa 5-c¹

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C8 din anexa 5-d¹ = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din anexa 5-c¹

TOTAL GENERAL, col. C8 din anexa 5-d¹ * 1) = TOTAL GENERAL, col. C5 din anexa 5-c¹

**) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative este de 204 lei (pentru mediul urban);
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 214 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 224 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 233 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 243 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 253 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire/număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

*** Conform art. 4 alin. (5) din anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5- d¹ se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexă Nr. 5-e

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților
LUNA ANUL

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
				
				
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
				
				
Secțiunea 3				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
				
				

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a bolilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

NOTĂ: Borderoul din anexa 5- e se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume și prenume)

Anexa Nr. 5-e^{1*)}

*) Anexa nr. 5-e¹ a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri medicale la domiciliu
din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de
specialitate din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților diagnosticați cu
afecțiune oncologică

LUNA ANUL

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
				
				
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate clinică din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
				
				
Secțiunea 3				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
				
				

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Borderoul din anexa 5-e¹ se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexa Nr. 5-f

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri paliative la domiciliu
din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de
specialitate din ambulatoriu/medicilor cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative
din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților

LUNA ANUL

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
				
				
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
				
				

.....			
Secțiunea 3			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
.....			
.....			
Secțiunea 4			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
.....			
.....			

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a bolilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

NOTĂ: Borderoul din anexa 5 - f se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

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

.....
(nume și prenume)

Anexa Nr. 5-f¹)*) Anexa nr. 5-f¹ a fost introdusă prin O. nr. 1.195/2024 de la data de 30 iulie 2024.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților diagnosticați cu afecțiune oncologică

LUNA ANUL

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
				
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
				
Secțiunea 3				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
				
Secțiunea 4				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
				

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

**) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a bolilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

Borderoul din anexa 5-f¹ se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Anexa Nr. 6-a

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

1.1 DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE MEDICALĂ, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE ȘI PREVENTORII

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Tarif pe zi decontat de CAS**)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C5
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			100% * C4 - 52 lei 100% * C4	
	TOTAL		X	X	

*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (4) și (5) și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.1.a. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE MEDICALĂ, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Tarif pe zi decontat de CAS**)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3 x C5
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			100%*C4 - 52 lei 100%*C4	
	TOTAL		X	X	

*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 21 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.2 DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	Total sumă decontată de CAS*)
C1	C2	C3	C4
	TOTAL		X

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (4) și (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și nu cuprinde persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru care au fost acordate servicii pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.

1.2.a DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, ALE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ... ANUL

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	Total sumă decontată de CAS*)
C1	C2	C3	C4
	TOTAL		X

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (4) și (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Anexa Nr. 6-b

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

1.1 DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
	TOTAL		X	

*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) și alin. (6) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

1.1.a. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ... ANUL

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 x C4
	TOTAL		X	

*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) și alin. (6) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 21 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

1.2. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	TOTAL	

*) Desfășurătorul de la pct. 1.2 nu cuprinde persoanele asigurate cu afecțiune oncologică care au beneficiat de servicii pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

1.2.a DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, ALE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII

PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA/LUNA/TRIM. ANUL

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	TOTAL	

*) Desfășurătorul de la pct. 1.2.a cuprinde persoanele asigurate cu afecțiune oncologică care au beneficiat de servicii pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Anexa Nr. 7.1

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie/

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/

.....

MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL

1. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr.	Cod numeric personal/	Vârsta*)	Codul categoriei	Cod afecțiune,	Data intrării în	Data ieșirii din
-----	-----------------------	----------	------------------	----------------	------------------	------------------

Crt.	Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal	din care face parte asiguratul**)	conform clasificării internationale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală*1)	evidența medicului de familie	evidența medicului de familie
I. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE					
A. Afecțiuni cardiovasculare					
1.					
2.					
...					
B. Afecțiuni cerebrovasculare					
1.					
2.					
...					
C. Afecțiuni oncologice					
1.					
2.					
...					
D. Diabet zaharat					
1.					
2.					
...					
E. Dislipidemie					
1.					
2.					
...					
F. BPOC					
1.					
2.					
...					
G. Astm bronșic					
1.					
2.					
...					
H. Boală cronică de rinichi					
1.					
2.					
...					
I. Osteoporoză					
1.					
2.					
...					
J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)					
1.					
2.					
...					
K. Tulburări ale dispoziției					
1.					
2.					
...					
L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale					
1.					
2.					
...					
M. Demențe					
1.					
2.					
...					
N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)					
1.					
2.					
...					
O. Tulburări din spectrul autist					
1.					
2.					
...					
P. Obezitatea					
1.					
2.					
...					
Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.					
2.					
...					
II. CAZURI NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI					
A. Afecțiuni cardiovasculare					
1.					
2.					
...					
B. Afecțiuni cerebrovasculare					
1.					
2.					
...					
C. Afecțiuni oncologice					
1.					
2.					
...					
D. Diabet zaharat					
1.					
2.					
...					
E. Dislipidemie					

1.						
2.						
...						
F. BPOC						
1.						
2.						
...						
G. Astm bronșic						
3.						
4.						
...						
H. Boală cronică de rinichi						
1.						
2.						
...						
I. Osteoporoză						
1.						
2.						
...						
J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)						
1.						
2.						
...						
K. Tulburări ale dispoziției						
1.						
2.						
...						
L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale						
1.						
2.						
...						
M. Demențe						
1.						
2.						
...						
N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)						
1.						
2.						
...						
O. Tulburări din spectrul autist						
1.						
2.						
...						
P. Obezitatea						
1.						
2.						
...						
Q. Afecțiuni hepatice cronice						
1.						
2.						
...						
III. CAZURILE CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ***)						
III.1 RISC CARDIOVASCULAR						
1. HTA						
1.						
2.						
...						
2. Diabet zaharat tip II						
1.						
2.						
...						
3. Boală cronică de rinichi						
1.						
2.						
...						
4. Dislipidemie						
1.						
2.						
...						
III.2 1. BOALĂ CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)						
1.						
2.						
...						
2. ASTM BRONȘIC						
1.						
2.						
...						
III.3 BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI						
1.						
2.						
...						
IV CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ****)						
IV.1 RISC CARDIOVASCULAR						
1. HTA						
1.						
2.						
...						
2. Diabet zaharat tip II						
1.						
2.						
...						
3. Boală cronică de rinichi						
1.						

2.					
...					
4. Dislipidemie					
1.					
2.					
...					
IV.2	1. BOALĂ CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)				
1.					
2.					
...					
2. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
IV.3	BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
1.					
2.					
...					

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

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

***) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la pct. III.

****) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la pct. IV.

2. Recapitulția persoanelor asigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămăși în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămăși în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 2				
C. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 3				
D. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 4				
TOTAL				

*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie

pentru care se face management de caz se completează numai la litera C.

**) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera D.

Anexa Nr. 7.2

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie/

(nume prenume)

CNP medic de familie/

MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR NEASIGURATE CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL

1. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Cod afecțiune, conform clasificării internaționale a bolilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală*1)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
I. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE						
A. Afecțiuni cardiovasculare						
1.						
2.						
...						
B. Afecțiuni cerebrovasculare						
1.						
2.						
...						
C. Afecțiuni oncologice						
1.						
2.						
...						
D. Diabet zaharat						
1.						
2.						
...						
E. Dislipidemie						
1.						
2.						
...						
F. BPOC						
1.						
2.						
...						
G. Astm bronșic						
2.						
3.						
...						
H. Boală cronică de rinichi						
1.						
2.						
...						
I. Osteoporoză						
1.						
2.						
...						
J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)						
1.						
2.						
...						
K. Tulburări ale dispoziției						
1.						
2.						
...						
L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale						
1.						
2.						
...						
M. Demențe						
1.						
2.						
...						
N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)						
1.						
2.						
...						
O. Tulburări din spectrul autist						
1.						
2.						
...						
P. Obezitatea						
1.						
2.						
...						

Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.					
2.					
...					
II. CAZURI NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI					
A. Afecțiuni cardiovasculare					
1.					
2.					
...					
B. Afecțiuni cerebrovasculare					
1.					
2.					
...					
C. Afecțiuni oncologice					
1.					
2.					
...					
D. Diabet zaharat					
1.					
2.					
...					
E. Dislipidemie					
1.					
2.					
...					
F. BPOC					
1.					
2.					
...					
G. Astm bronșic					
1.					
2.					
...					
H. Boală cronică de rinichi					
1.					
2.					
...					
I. Osteoporoză					
1.					
2.					
...					
J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)					
1.					
2.					
...					
K. Tulburări ale dispoziției					
1.					
2.					
...					
L. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale					
1.					
2.					
...					
M. Demențe					
1.					
2.					
...					
N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)					
1.					
2.					
...					
O. Tulburări din spectrul autist					
1.					
2.					
...					
P. Obezitatea					
1.					
2.					
...					
Q. Afecțiuni hepatice cronice					
1.					
2.					
...					
III. CAZURILE CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ***)					
III.1 RISC CARDIOVASCULAR					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. Diabet zaharat tip II					
1.					
2.					
...					
3. Boală cronică de rinichi					
1.					
2.					
...					
4. Dislipidemie					
1.					
2.					
...					
III.2 1. BOALĂ CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					

...					
2.	ASTM BRONȘIC				
1.					
2.					
...					
III.3	BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
1.					
2.					
...					
IV	CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ****)				
IV.1	RISC CARDIOVASCULAR				
1.	HTA				
1.					
2.					
...					
2.	Diabet zaharat tip II				
1.					
2.					
...					
3.	Boală cronică de rinichi				
1.					
2.					
...					
4.	Dislipidemie				
1.					
2.					
...					
IV.2	1. BOALĂ CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)				
1.					
2.					
...					
2.	ASTM BRONȘIC				
1.					
2.					
...					
IV.3	BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
1.					
2.					
...					

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

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

***) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la pct. III.

****) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la pct. IV.

2. Recapitulatia persoanelor neasigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				

17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 2				
C. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FAC MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 3				
D. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 4				
TOTAL				

*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la litera C.

**) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera D.

NOTE PENTRU ANEXELE 7.1 ȘI 7.2:

- În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
- Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
- Formularele din anexa 7.1 și 7.2 se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.
- Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor Reprezentant legal al furnizorului.

(nume și prenume)

Validat de casa de asigurări de sănătate

Data:

Anexa Nr. 8-a

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

1.1. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. Card european	*) Nr. și serie pașaport	Tip formular/document European	**) Tip document	***) Tara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D	lei
	Nr.	data																
1	2	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
...																		
n																		
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Subtotalul 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 8 - 14 din tabelul 1.1.1 din Anexa 8-a)																		
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul 1.1.2 din Anexa 8-a)																		
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul 1.1.3 din Anexa 8-a)																		
Subtotalul 4 - Valoarea compensată aferentă DCI - uri notate cu (***) ¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 11 - 17 din tabelul 1.1.5 din Anexa 8-a)																		
Subtotalul 5 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), c) și f) din Legea nr. 95/2006																		

*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care se emite factura

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 2.020 lei

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat și a medicamentelor eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 + subtotal 5 = total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor Reprezentant legal al S.C. Farmacia

(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

1.1.1 Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/ CID asigurat	Țara european	Nr. card european	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D	lei
	Nr.	data													
1	2	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

Data print: 02.07.2025

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0 - 2.020 lei.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

1.1.5 Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1. 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	Cod unic de identificare persoană fără CNP	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care :	sublista A	sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
...											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x						

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a
Coloanele (8) - (12) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

1.2. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna anul

Nr. crt.	Bon fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	*) Număr unic de identificare	Nr. și serie document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripție	Total valoare contribuție personală	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...														
...														
n														
TOTAL		X	X	X	X	X								

Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă DCI-urilor notate cu
(**)¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu
modificările și completările ulterioare (Coloanele 8 - 15 sunt egale cu
totalul de la col. 8 - 15 din tabelul 1.2.1 din prezenta anexă.)

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15)

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(numele și prenumele)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. contract CAS
Nr. data

1.2.1 Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu ()¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna anul**

Nr. crt.	Bon fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	*) Număr unic de identificare	Nr. și serie document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Valoare prescripție	Valoare contribuție personală	Valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...														
...														
n														
TOTAL		X	X	X	X	X								

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare."

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extrasul borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru sublista C - secțiunea C1, respectiv pe fiecare DCI notat cu (**)¹ potrivit

Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru celelalte liste, după caz.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (10) din tabelul 1.2. din prezenta anexă.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

NOTĂ: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(numele și prenumele)

Anexa Nr. 8-b

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract CAS
Nr. Data

Borderou centralizator pensionari 0 - 2.020 lei pentru luna anul

Nr. crt	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Total valoare prescripție	Total valoare compensare sublista B, din care:	*) Valoare compensare CNAS 50% *)	*) Valoare compensare MS 40%
	Nr. 2.1	Data 2.2							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
...								x	x
...								x	x
n								x	x
TOTAL	x	x	x	x	x				

*) se completează numai total coloană.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = reprezintă suma pentru care se emite factura.

Coloanele (7) - (9) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare DCI notat cu (**)* potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Anexa Nr. 8-c

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

I. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Nr. crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și nr. prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Nr. card european*)	Nr. și serie pașaport	Tip formular/ document European	**) Tip document	***) Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
...																
...																
n																
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul I.1. din Anexa 8-c)																
Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul I.2. din Anexa 8-c)																
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul I.3. din Anexa 8-c)																
Subtotalul 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006																

*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 ≠ total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Nota 3: Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 2.020 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiari ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

I.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru lunaanul

- lei -

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Țara	Nr. card european	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TOTAL	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

I.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Nr. și serie pașaport	*) Tip document	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

I.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Nr. și serie pașaport	Tip formular/ document European	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

I.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	Cod unic de identificare persoană fără CNP	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

...															
...															
n															
TOTAL	x	x	x	x	x										

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică

Farmacia..... adresa

Nr Contract încheiat cu CAS

Nr Data

II. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

- lei -

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data	Serie și nr. prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. serie pașaport	Tip formular/document European	**) Tip document	**) Tip document	*)	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12	13	14	15	16	17
...																	
...																	
n																	
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 8 - 14 din tabelul II.1. din Anexa 8-c)																	
Subtotal 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul II.2 din Anexa 8-c)																	
Subtotal 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11 - 17 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 15 din tabelul II.3 din Anexa 8-c)																	
Subtotal 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006																	

*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

**) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17).

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 ≠ total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Nota 3: Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 2.020 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică

Farmacia..... adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS

Nr. Data

II.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

- lei -													
Nr. crt.	Bon Fiscal	Serie și număr prescripție	Cod parafră medic	CNP/ CID asigurat	Țara	Nr. card european	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr. data 2.1 2.2.												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TOTAL	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Nota: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

II.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

- lei -

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/ CID asigurat	Nr. și serie pașaport	*) Tip document	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

II.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/ CID asigurat	Nr. și serie pașaport	Tip formular/ document European	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

II.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal Nr. data 2.1 2.2	Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	Cod unic de identificare aferent persoană fără CNP	Total valoare prescripție	Total valoare compensare din care:	sublista A	sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
...											
...											
n											
TOTAL	x	x	x	x							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

III. Borderou centralizator pensionari 0 - 2.020 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/ CID asigurat	Total valoare prescripție	Total valoare compensare sublista B, din care:	*) Valoare compensare CNAS 50%	*) Valoare compensare MS 40%
	Nr.	data							
	2.1	2.2							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
...								x	x
...								x	x
...								x	x
n								x	x
TOTAL	x	x	x	x	x				

*) Se completează numai total coloană.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (7) reprezintă suma pentru care se emite factura.

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

IV. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	Număr unic de identificare*)	Nr. și serie document (e) care a/au deschis dreptul la medicamente	Tip document**)	Total valoare prescripție	Total valoare contribuție personală	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
...															
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x								

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Societatea Farmaceutică
Farmacia adresa
Nr. Contract încheiat cu CAS
Nr. Data

V. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna anul

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	Număr unic de identificare*)	Nr. și serie document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente	Tip document**)	Total valoare prescripție	Total valoare contribuție personală	Total valoare compensare, din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
...															
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x								

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Anexa Nr. 8-d¹⁾

*) Anexa nr. 8-d a fost introdusă prin O. nr. 868/2023 de la data de 4 octombrie 2023.

Societatea Farmaceutică
Farmacia, adresa
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. Data

1. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E, pentru luna anul

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. și serie pașaport	Tip formular/ document european	**) Tip document	***) Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Sublista E secțiunea E1	Sublista E secțiunea E2
	nr.	data												
1	2	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
....														
....														
n														
TOTAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Subtotalul 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11 - 14 sunt egale cu totalul de la col. 8 - 11 din tabelul 1.1 din prezenta anexă)

Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

(coloanele 11 - 14 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 12 din tabelul 1.2 din prezenta anexă)

Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene

(coloanele 11 - 14 sunt egale cu totalul de la col. 9 - 12 din tabelul 1.3 din prezenta anexă)

Subtotalul 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Total coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

Nota 1: subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 ≠ total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator nu conține valoarea compensată a medicamentelor aferente DCI-urilor din sublista E eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina.

Nota 3: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....

(numele și prenumele)

Societatea Farmaceutică
Farmacia, adresa
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. data

1.1. Extras borderou centralizator

rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E pentru luna anul

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Țara	Nr. card european	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Sublista E secțiunea E1	Sublista E secțiunea E2
	nr.	data									
1	2	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
TOTAL	X	X	X	X	X	X	X				

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă.

Se va detalia în subsolul extrasului de borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....

(numele și prenumele)

Societatea Farmaceutică
Farmacia, adresa
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. data

1.2. Extras borderou centralizator

rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E pentru luna anul

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. și serie pașaport	*) Tip document	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare compensare, din care:	Sublista E secțiunea E1	Sublista E secțiunea E2
	nr.	data										
1	2	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Text extras din aplicatia **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă. Se va detalia în subsolul extrasului de borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Extrusul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

.....
(numele și prenumele)

Nr. data

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.
Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Extratul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

.....
(numele si prenumele)

Nr. data

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.
Total coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă.
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Extrusul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

.....
(numele si prenumele)

Nr. data

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa

ORDIN Nr. 563 din 12 iulie 2023

Text extras din aplicația **Eurolex** dezvoltată de **G&G Consulting SRL**

Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extrasul borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12).

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....

(numele și prenumele)
