

Nr. /

APROBAT
PREȘEDINTE
Adrian GHEORGHE

AVIZAT
DIRECTOR GENERAL
Călin Gheorghe FECHETE

REFERAT

de aprobare al Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2021 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special

Având în vedere prevederile:

- Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;
- 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,

- avizul conform al Ministerului Sănătății nr. /

De la data de 1 iulie 2021 sunt aplicabile reglementările H.G. nr. 696/2021 și cele ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021. Ca urmare, Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special își încetează valabilitatea.

Pe cale de consecință, vă supunem aprobării prezentul proiect de ordin pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special.

De asemenea, anexăm desfășurătoarele necesare raportării în vederea decontării serviciilor medicale din asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate, asistența medicală din unități sanitare cu paturi, serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri

paliative la domiciliu, serviciilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, serviciilor medicale în asistența medicală de recuperare, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii, precum și borderourile centralizatoare necesare raportării în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat și proiectul de Ordin anexat.

AVIZAT

**DIRECȚIA GENERALĂ
RELAȚII CONTRACTUALE
DIRECTOR GENERAL ADJUNCT
Ec. Iulia STOEA**

**DIRECTOR
Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ**

ORDIN

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

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției Generale Relații Contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC din,

în temeiul prevederilor:

- art. 189 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;

- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;

- 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-j.

(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 - 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 următoarele afecțiuni cronice: HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform anexei nr. 7.

(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-c.

(9) Formularele menționate la alineatele (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 semnătura electronică extinsă/calificată.

Art. 2. - (1) Anexele nr. 1-a - 1-j, 2-a - 2-n, 3-a - 3-k, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a - 6-b, 7 și 8-a - 8-c 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) pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale;

c) pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane;

d) pentru 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. 201 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;

e) 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; 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. 201 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 696/2021.

(2) 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 - corespondente acestor

formulare; se vor ataşa copii ale formularelor/documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale cu excepţia formularelor/documentelor europene (E 106, E 109, E 120, E 121)/S1;

e) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/ cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informaţii: ţara, numele şi prenumele, data naşterii în cazul cetăţenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii. Se vor ataşa copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale.

Art. 5. - La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale şi medicamente - formulare unice pe ţară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 365 şi 365 bis din 26 aprilie 2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 6. - Casele de asigurări de sănătate judeţene, a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 7. – (1) Prevederile prezentului ordin se aplică pentru raportarea serviciilor medicale, respectiv a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, începând cu raportarea activităţii lunii iulie 2021.

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

**Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Adrian GHEORGHE**

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**)	Dat a însc rieri i pe listă	Data ieșiri i 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. 1068/627/2021.

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.

Anexa 1-a
(continuare)

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 însc rieri i pe listă	Data ieșiri i 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. 1068/627/2021.

***) Se va bifa genul persoanei înscrise.

**III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/
SPATIULUI 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*)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data înscrierii pe listă;

B - Data ieșirii de pe listă.

Nr. Crt.	Nume și prenume	Gen**)		Tipul de formular/document european (E106, E109, E112, E120, E121/S1)	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 ***)	A	B
		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. 1068/627/2021.

***) 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 ecografia 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 ecografiile 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:

Anexa 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*)	
Tineri cu vârsta 18 - 26 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, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.	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 la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 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 -	107.4	

1961, cu modificările și completările ulterioare		
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 <u>Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005</u> , aprobată cu modificări și completări prin <u>Legea nr. 399/2006</u> , cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale.	300	
Persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit <u>Legii nr. 273/2004</u> privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit prevederilor <u>art. 2</u> și <u>art. 31</u> din <u>Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 111/2010</u> privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin <u>Legea nr. 132/2011</u> , cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi.	301	
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, precum și persoanele care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, respectiv persoanele care se află în perioada de amânare sau 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	304	

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.		
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 categoria "Pensionar de invaliditate"	314	
Pensionar de invaliditate	315	
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)	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)	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)	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)	404	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E106/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E109/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E120/S1) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene / documentelor europene (E121/S1) 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	

*) 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.

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. 1068/627/2021.

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

B. Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
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 – 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				
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 – 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				
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 - 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				

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 - 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				
60 ani și peste - masculin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - 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 - 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				
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 - 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 - 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 – 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 – 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 – 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 – 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 – 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 – 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 – 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 – feminin.

Anexa 1-c
(continuare)

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.1068/627/2021.

B. Recapitulația 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

Anexa 1-c
(continuare)

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, E121/S1)	Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Statul membru UE/ SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatului 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. Recapitulația 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 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.1068/627/2021. 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).

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
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=2x3
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 – feminin		****)	
6.	0 - 3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
7.	0 - 3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
8.	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			
9.	4 - 18 ani – masculin		*****)	
10.	4 - 18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			

11.	4 - 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
12.	4 – 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului – masculin			
13.	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			
14.	4 - 18 ani – feminin		*****)	
15.	4 -18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
16.	4 – 18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
17.	4 – 18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
18.	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			
19.	19 - 39 ani – masculin		*****)	
20.	19 – 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
21.	19 – 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
22.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
23.	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			

24.	19 - 39 ani - feminin		*****))	
25.	19 – 39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
26.	19 – 39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
27.	19 - 39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
28.	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			
29.	40 - 59 ani - masculin		*****))	
30.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
31.	40 – 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
32.	40 – 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
33.	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			
34.	40 - 59 ani - feminin		*****))	
35.	40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
36.	40 – 59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
37.	40 – 59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			

38.	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			
39.	60 ani și peste - masculin		*****))	
40.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
41.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
42.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
43.	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			
44.	60 ani și peste - feminin		*****))	
45.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
46.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
47.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
48.	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			
	TOTAL			

*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021, 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 încheiate 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 și 4.

****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „0 -3 ani” feminin (de la col. 3 rândul 5) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 6, 7 și 8.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „4 -18 ani” masculin (de la col. 3 rândul 9) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 10, 11, 12, și 13.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „4 -18 ani” feminin (de la col. 3 rândul 14) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 15, 16, 17 și 18.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „19 -39 ani” masculin (de la col. 3 rândul 19) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 20, 21, 22 și 23.

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

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „40 -59 ani” masculin (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 și 33.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „40 -59 ani” feminin (de la col. 3 rândul 34) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 35, 36, 37 și 38.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „60 de ani și peste” masculin (de la col. 3 rândul 39) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 40, 41, 42 și 43.

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „60 de ani și peste” feminin (de la col. 3 rândul 44) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 45, 46, 47 și 48.

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

I. Dacă total col. 4 este mai mic decât 18.700 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 18.700 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 18.701 - 22.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (Total col. 4 - 18.700) x 0,75

a.2) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001- 26.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (22.000 - 18.700) x 0,75 + (Total col. C 4 - 22.000) x 0,50

a.3) Dacă total col. 4 este peste 26.000:

Nr. puncte de decontat = $18.700 + (22.000 - 18.700) \times 0,75 + (26.000 - 22.000) \times 0,50 + (\text{Total col. 4} - 26.000) \times 0,25$

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 înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscrisi 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 = $22.000 + (\text{Total col. 4} - 22.000) \times 0,75$

b.3) pentru medicii de familie care au înscrisi 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 = $22.000 + (26.000 - 22.000) \times 0,75 + (\text{Total col. 4} - 26.000) \times 0,50$

b.4) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = $22.000 + (26.000 - 22.000) \times 0,75 + (30.000 - 26.000) \times 0,50 + (\text{Total col. 4} - 30.000) \times 0,25$

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană 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. 696/2021, se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscrisi 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 = $22.000 + (\text{Total col. 4} - 22.000) \times 0,75$

c.3) pentru medicii de familie care au înscrisi 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 = $22.000 + (26.000 - 22.000) \times 0,75 + (\text{Total col. 4} - 26.000) \times 0,50$

c.4) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000 :

Nr. puncte de decontat = $22.000 + (26.000 - 22.000) \times 0,75 + (30.000 - 26.000) \times 0,50 + (\text{Total col. 4} - 30.000) \times 0,25$

III. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială /zonă urbană în condițiile prevederilor art. 13 alin. (2) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021:

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. 13 alin. (3) - (6) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021:

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. 1 subpct. V din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie” (col. 1 = col. 2 + col. 3)	din care: Număr de puncte „per capita”:		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 1x procent de majorare sau col.2 x procent de majorare)	Condiții în care se desfășoară activitatea pct. de lucru (col.3 x procent de majorare)	Majorarea/diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 + col. 4 +/- col. 6 sau col. 2 + col. 3 + col.4 + col. 5 +/- col. 6)
	pentru cabinet (col. 1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/ Nr. total ore din lună)	pentru pct. lucru (col. 1 x Nr. ore din lună aferent pct. lucru/Nr. total ore din lună)				
1.	2.	3.	4	5	6	7

În 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 ----- 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* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
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. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*⁵⁾			
5. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁶⁾	X	X	X

a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și 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 (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi) *7)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *8)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
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*9):	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;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
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 *10)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *10)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice *11)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*12)	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 înscriși 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 HTA, dislipidemie și 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 (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală			

cronică de rinichi)			
D. SERVICII MEDICALE ADIȚIONALE*13)	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*14)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*15)			
G. Confirmare caz oncologic*16)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2. - NOTA 2 lit. b) anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*15)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*16) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

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 și 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.				5,5			
2.				5,5			
3.				5,5			
...				...			
TOTAL	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și 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.1068/627/2021; 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. 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=2x3
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (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. Consultații de monitorizare a 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 *4).			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu.			
D. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială *5)	X	X	X
a) consilierea persoanei privind planificarea familială			
b) indicarea unei metode contraceptive			
E. Serviciile de prevenție *6)	X	X	X
Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate			
F. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificat medical constator de deces *7)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*2) Conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 423/2020 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare;

*4) conform lit. A, punctul 1 subpct. 1.3 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*5) conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.4.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*6) conform lit. A - punctul 1 subpct.1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*7) conform lit. A - NOTA de la punctul 1 subpct.1.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 5 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.

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*1) pe serviciu	Număr servicii	Nr. total de puncte
-------------------------------	------------------------------	-------------------	------------------------

	medical - consultație	medicale	
<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației,) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (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*4) 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 *5)			
TOTAL	X		

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*2) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 423/2020 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără îndeplinirea condiției de stagiul de de asigurare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

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.1068/627/2021):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic * ³⁾ (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:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*2) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 423/2020 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase 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* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
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. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*5)			
5. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou *6)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și 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 (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi) *7)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *8)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
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*9):	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;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
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 *10)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *10)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice *11)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*12)	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 înscrisi 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 HTA, dislipidemie și 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 (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
D. SERVICII MEDICALE ADIȚIONALE*13)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*14)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*15)			
G. Confirmare caz oncologic*16)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2. - NOTA 2 lit. b) anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*15)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*16) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8 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)/S1.

8.2. 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 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, E112, E120, E121/S1)	Statul membru UE/ SEE/ Confederația Elvețiană/Regatului 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. 5, 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	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.						5,5			
2.						5,5			
3.						5,5			
...						...			
TOTAL	X	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și 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.1068/627/2021 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.1068/627/2021):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *²⁾:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*⁵⁾			
5. Management de caz:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) evaluarea inițială a cazului nou * ⁶⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și 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 (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi) * ⁷⁾			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *⁸⁾	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
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*⁹⁾:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
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;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *10)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *10)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*11)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*12)	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și 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 in managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
D. SERVICII MEDICALE ADIȚIONALE*13)	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiograamei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*14)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*15)			
G. Confirmare caz oncologic*16)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2. - NOTA 2 lit. b) anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*14) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*15)conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

*16) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 9 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 și 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. 5 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.					5,5			
2.					5,5			
3.					5,5			
...					...			
TOTAL	X	X	X	X		X	X	X

*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de HTA, dislipidemie și 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.1068/627/2021 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

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4.3 + total pct. 5 + total pct. 6 + total pct.7 + total pct.8.3 + total pct.9.3

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 puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie”	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.

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.

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 pentru stabilirea valorii
definitive a punctului „per capita” și a unui punct pentru plata pe serviciu medical**

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

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

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

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

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

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

*) Conform art. 15 lit. a) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

**) Conform art. 15 lit. b) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021.

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-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 1-g.

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

**Situația cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială /
zonă urbană, trimestrul.....**

Luna	Număr medici	Sumă aferentă unei listă echilibrată 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 6.480 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, conform art. 6 pct. 2 lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

***) Conform art.15 lit. b) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021 și conform art. 6 pct. 2 lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

***) 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,

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE**

.....

**DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE**

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 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.

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.....

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

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 6 luni au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 15 din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021.

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.

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 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**

Denumirea serviciului medical*)	Persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		Beneficiari ai formularelor/documentelor europene	
	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 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				
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. 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 – eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor și numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ, conform Ordinului ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5298/1668/2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos , cu modificările și completările ulterioare;				
f) prescripții medicale				
g) avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5298/1668/2011, cu modificările și completările ulterioare;				
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, ministrului sănătății și ministrului educației naționale nr. 1985/1305/5805/2016 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;				
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.				
5. Servicii de administrare de medicamente - administrarea de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, pentru medicamentele recomandate de către medicii de familie ca urmare a actului medical propriu.				
II. CONSULTAȚIILE prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 de la litera B din Anexa 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021 care depășesc limitele prevăzute la art. 1 alin. (3) lit. b) 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				
4. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță.				
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 constatator al decesului				

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-i 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 contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

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. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE – ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR 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 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 DE LA PUNCTUL 1.2.1, RESPECTIV NOTA 1 LIT. a) ȘI b) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR.1068/627/2021

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.1068/627/2021.

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-j 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 contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

II. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE – ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA DE PESTE 40 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 LIT. c) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR.1068/627/2021

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.1068/627/2021.

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-j 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 contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

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

1.1 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:						<i>x</i>	<i>x</i>	
1.	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice:						<i>x</i>		
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:						<i>x</i>		
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:						<i>x</i>		

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 și diabet zaharat tip 2							x	x
3.2.	boli respiratorii cronice: astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)							x	x
3.3.	boala cronică de rinichi							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								x

	serviciilor de planificare familială								
7.	Consultații pentru îngrijiri paliative								x
B.	Servicii diagnostice și terapeutice **) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:							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
15.	Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie:								x

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la litera B pctul 1, subpct.1.8. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1068/627/2021

Tipurile de consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei și punctajele aferente sunt cele prevăzute la lit. B pct. 1 subpct. 1.9 și pct. 4. din anexa 7 la Ordinul nr. 1068/627/2021

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

.....
(nume și prenume)

Tabelul 1.1. 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.	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 cicatriceal în trimestrul III)		***)	
7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului		***)	
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului cu suspiciune identificată mamografic		***)	
9.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin		***)	
10.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic		***)	
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie		***)	
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin*9) - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie		***)	
X	TOTAL GENERAL		X	

*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. B pct.1 sbct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021

**) 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. 1068/627/2021

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1068/627/2021

**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 întocmesc 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 CONSULTATIILOR 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	Pachetul de servicii medicale de bază *)	
	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului		
	Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acute ale bolilor cronice		
	Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile acordate asiguraților cu bilet de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz):		
	HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice - consultații acordate pe baza biletului de trimitere de la MF pentru consultație în cadrul managementului de caz:	
	boli respiratorii cronice: astm bronșic și BPOC		
	boala cronică de rinichi		
	Nr. consultații medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală		
	Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspționat și confirmat)		
	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 complexe		
	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 de complexitate medie		
	Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe		
	Nr. tratamente ortopedice medicale		
	Nr. terapii psihiatrice		
	Nr. terapii genetică medicală		
	Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a evoluției sarcinii	Nr. consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei	
	Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a lăuziei		
	Nr. servicii de sănătate conexe actului medical		

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. 1068/627/2021

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
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>
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 (hiperemeză gravidică ușoară)			
6	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)			
7	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului			
8	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului cu suspiciune identificată mamografic			
9	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
10	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			

11	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie			
12	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie			
x	TOTAL			

*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 1068/627/2021

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul 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.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate

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

Nr. crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**) pe consultație	Nr. total puncte
		1	2	...	30	31			
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>					<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6 = C4 x C5</i>
	Consultații în cadrul pachetului minimal:	x	x	x	x	x	x	x	
1.	- consultație medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală								
2.	- consultație medicală pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat)								
3.	- consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lăuziei	x	x	x	x	x	x	x	
3.a.	- consultații de supraveghere a evoluției sarcinii								
3.b.	- consultație de supraveghere a lăuzei								
TOTAL GENERAL							x		

*) Specialitățile sunt cele prevăzute la lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr. 1068/627/2021

**) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul nr. 1068/627/2021

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

.....
 (nume și prenume)

1.2 - Desfășurător pe C.N.P./număr de identificare personal al consultațiilor cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale, acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul minimal de servicii medicale*)			
			Consultații medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo - epidemic (caz suspionat și confirmat)	Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lăuziei	
					Consultații de supraveghere a evoluției sarcinii	Consultații de supraveghere a lăuzei
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6</i>	<i>C7</i>
TOTAL						

*) Consultațiile sunt cele cf. lit. A pct. 1 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

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

**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

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			
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>					<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6 = C4 x C5</i>
	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 endemo-epidemic (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. 1068/627/2021

**) Conform lit. B pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

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 CONSULTATIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ / REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

LUNA..... ANUL

Nr. crt.	Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale*)		
			Consultații medicale - pentru situații de urgență medico-chirurgicală	Consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo -epidemic (caz suspionat și confirmat)	Consultație medicală de 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. 1068/627/2021

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

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

Total col. C6 din tab.2.2 = col. C4 randul 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 medicală 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. 1068/627/2021

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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

Localitate.....

Județ.....

Furnizor de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

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. 1068/627/2021

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			
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6 = C1 + C4 + C5</i>

*) 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 din Anexa 2 - c 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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru stabilirea
VALORII DEFINITIVE A PUNCTULUI PE SERVICIU**

Situția punctajului în asistența medicală ambulatorie de specialitate - Trimestrul..... Anul.....

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

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

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

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

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.

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. 1068/627/2021

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.

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 SĂNĂȚĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂȚATE MULTIFUNCȚIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ*)

*) conform prevederilor art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1068/627/2021

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)

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	$C5=C3 \times C4$
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

2.1 Pentru persoanele cu vârsta până la 39 ani inclusiv

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) În condițiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

2.2 Pentru persoanele adulte asimptomatice cu vârsta de 40 de ani și peste 40 de ani

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) În condițiile prevăzute la Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

3. 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=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

4. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor care au încheiată 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-	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) Conform Anexei 41 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

5. 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 încheiată 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 MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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. 3) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 4)

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

.....
(nume și prenume)

ANEXA 2-g
(continuare)

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

6. 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 încheiată 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 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 MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

****) Conform Anexei 41 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**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

7. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice – analize medicale de laborator 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 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/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 MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

****) În condițiile prevăzute la NOTA 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ:

1. 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.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-g se completează și de spitale pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu de laboratoare de investigații medicale paraclinice organizate în structura acestora, inclusiv de cele din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor

3. Desfășurătoarele din anexa 2-g se completează după caz și de:

- furnizorii de servicii medicale clinice în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale clinice (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu)

- furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu care au încheiat act adițional pentru ecografii la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare (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 radiografia dentară retroalveolară și panoramică la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu)

4. Tabelele 1 și 5 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.

5. Tabelele 1, 3, 5 și 6 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare și pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. 217 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

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

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/medic stomatolog/dentist... Medic de medicină dentară/medic stomatolog/dentist...
 (nume prenume) (nume prenume)
 Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....
 CNP medic/ medic stomatolog /dentist..... CNP medic/ medic stomatolog 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. Fișa 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. 1068/627/2021;
 **) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr.14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
 ***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr.15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**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.

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

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

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

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

Nr. crt.	Nr. Fișa 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 C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
 **) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;
 ***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 1068/627/2021 coroborat cu precizările prevăzute la nota din subsolul tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
 ****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021.

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

.....
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-i 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.

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

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA BENEFICIARILOR LEGILOR SPECIALE

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

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat/ 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 C7 xC8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr.14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
 **) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;
 ***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021 coroborat cu precizările de la pct. 7 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
 ****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-j 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.

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

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

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

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

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. B din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

Serviciile de medicină dentară din pachetul minimal sunt cele cuprinse în tabelul de la litera B din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021;

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr.15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 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.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate.....
 CNP medic de specialitate.....

1.1. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare – consultații din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare, în cabinete medicale

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

Nr. crt.	Tip consultații*)	Nr. consultații medicale de medicină fizică și de reabilitare / zi					- TOTAL consultații medicale de medicină fizică și de reabilitare	Tarif **) pe consultație		Tarif ****) pe consultație majorat cu 20%	Sumă *****) (lei)
		1	2	30	31		Tarif**) consultație care nu include proceduri diagnostice/terapeutice/tratament;	Tarif**) consultație care include minim două proceduri diagnostice/terapeutice /tratamente***).		
C0	C1	C2					C3	C4	C5	C6= C4 x 1,2 sau C5 x 1,2	- pentru consultațiile de pe rândul 1: C7=C3xC4 sau C7=C3xC6 - pentru consultațiile de pe rândul 2: C7=C3xC5 sau C7=C3xC6
1.	consultație care nu include proceduri diagnostice/ terapeutice/ tratamente								X		
2.	consultație care include										

	proceduri diagnostice / terapeutice/ tratamente							X			
TOTAL GENERAL								X	X	X	

Total general col. C3 din tabelul 1.1 din anexa 2-1 = total general din col. C4 din tabelul 1.3. din anexa 2-1

*) conform art. 1 alin. (2) și (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.9 din Anexa 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

****) proceduri diagnostice / terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din Anexa 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

*****) în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, pentru prestația medicului primar tariful consultației contractat se majorează cu 20%;

*****) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (14) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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

.....

(nume și prenume)

1.2. Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare– zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament

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 zile de tratament recomandate	Număr zile de tratament efectuate	Tarif *) pe zi de tratament	Tarif **) pe zi de tratament	Sumă ***) (lei)	
							C8=C5xC6	C9=C5xC7
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C5xC6	C9=C5xC7
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	

Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Numar de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2. din Anexa 2-1 = subtotal CNP / Cod unic de identificare / Numar de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.4 din Anexa 2-1

*) 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, subpct. 1.11 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1068/627/2021 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 1068/627/2021, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38 prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din Anexa 10 la Ordinul nr.1068/627/2021; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

**) 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, subpct. 1.11 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1068/627/2021 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 1068/627/2021 cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38 prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din Anexa 10 la Ordinul nr.1068/627/2021; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (14) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. 1068/627/2021.

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 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.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de specialitate.....
CNP medic de specialitate.....

1.3 DESFĂȘURĂTOR PE CNP/COD UNIC DE IDENTIFICARE /NUMAR DE IDENTIFICARE PERSONAL AL SERVICIILOR MEDICALE – CONSULTAȚII, ACORDATE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	consultații medicale de specialitate acordate		proceduri diagnostice / terapeutice / tratamente efectuate în cadrul consultației		
			tip consultație*)	Numar*)	Denumire ***)	Număr	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
1.			consultație care <u>nu include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente		X	X	
					X	X	
					X	X	
			consultație care <u>include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente			...	
						...	
						...	
2.			consultație care <u>nu include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente		X	X	
					X	X	
					X	X	
			consultație care <u>include</u> proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente			...	
						...	
						...	

					...	
...						
TOTAL GENERAL			X		X	

*) conform art. 1 alin. (2) și alin. (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) conform art. 1 alin. (7) din Anexa 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

****) proceduri diagnostice / terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din anexa 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 2-1 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 .

***) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.3.1 din Anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021 și art. 1 alin. (7) lit. b) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021-

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

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 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 și pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale; pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății propriiei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens.

Casa de asigurări de sănătate

.....
Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Reprezentantul legal al furnizorului

.....
**Medic cu competență/atestat de studii
 complementare**

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	$C6=C4 \times C5$
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. 1068/627/2021;

**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1068/627/2021;

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	$C8=C4 \times C7$	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. 1068/627/2021; 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 (140 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. 1068/627/2021;

***) 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.1068/627/2021.

**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 transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

ANEXA 2-n

Casa de asigurări de sănătate
Furnizorul de servicii medicale
Localitatea
Județul

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, de acupunctură și de medicină fizică și de reabilitare 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

Secțiunea 3			
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare

*) 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/Confederația Elvețiană/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

.....

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 externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate *)	Nr. cazuri externate raportate si nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) validarea cazurilor rezolvate 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/SIUI.

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

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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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 2021 ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

**) 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;

NOTĂ: 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.....

**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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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. 696/ 2021;

**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.

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

În coloanele C1 - C7 se regăesc 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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 1 iulie 2021 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021 ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

***) 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. 696 /2021;
- „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.

NOTĂ: 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.....

**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 si raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)			Nr. cazuri externate raportate si nevalidate
		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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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. 696/2021; 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/SIUI.

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				

¹⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

²⁾ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

*) 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. 1068/627/2021.

**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 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 ^{*1)}	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

***) 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;

*****) 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. 1068/627/2021;

*****) 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 acuți 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. 1068/627/2021.

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*1)		Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL			x	

*1) 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.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

*3) 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. 1068/627/2021.

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.

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/TRIMESTRELEANUL.....

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 *1)	Suma realizată****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x		

*1) Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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 1 iulie 2021 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

**) 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. 696/2021;

- „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. 9 lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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.

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/TRIMESTRELEANUL.....**

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate raportate și validate, în limita sumei contractate*1)			Nr. total cazuri ponderate în limita sumei contractate*1)	Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate				
		Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză*)	Cazuri ponderate fără 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 HG nr. 696/2021.

***) 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.

*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.
 Total col. C5 <= total col. C6 din desfășuratorul 1.3.1 din anexa 3-b.

*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

*3) 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. 1068/627/2021. 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.

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 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)

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,**

.....

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 externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate**)		Nr. cazuri externate 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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. 696/2021;

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 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 externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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,

.....

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/TRIMESTERELE ANUL.....**

1.3. a

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)			Nr. cazuri externate raportate si 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 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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. 696/2021; 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;

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 externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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,

.....

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.

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,

.....

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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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,

.....

**1.4.3 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU TRIMESTRULANUL.....**

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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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,

.....

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

**1.1 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN
 SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe 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 externe, 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)
 ****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;
¹⁾ durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

**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 externe, 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	$C6 = C2 \times C4 \times C5 + C3 \times C4 \times C5 \times 10\%$
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. 1068/627/2021;

*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. 1068/627/2021 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 ordin Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

1.2.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 = C2xC3
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.

****) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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. 1068/627/2021, 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.

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 externate, raportate și validate, în limita sumei contractate ¹⁾			Durata de spitalizare ²⁾	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată**) C7= (C2+C3)xC5xC6 +C4xC5xC6x10%
	Nr. cazuri externate, raportate și validate (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externate, raportate și validate reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate și validate reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	
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. 1068/627/2021;
 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. 1068/627/2021 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 Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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	$C4 = C2 \times C3$
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 și 1333.2)

***) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.b din anexa 3 - c.

****) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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=C2xC3
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 din anexa 3 - c.
 ***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**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

**1.4.2 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	$C4=C2 \times C3$
TOTAL SPITAL			

*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

**) Coloana C2 \leq 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. 1068/627/2021.

**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

**1.4.3 RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ,
PENTRU TRIMESTRULANUL.....**

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=C2xC3
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 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. 1068/627/2021.

**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.

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 si nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acuți 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. 1068/627/2021.

**) 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/SIUI.

**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 - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii 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. 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

***) 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/SIUI.

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 externe raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate **)		Nr. cazuri externe 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 acuți 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. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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. 696/2021.

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.

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	

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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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 1 iulie 2021 și până la sfârșitul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

***) 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. 696/2021;
- „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.

NOTĂ: Desfășurătorul 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.....

**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 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 acuți 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. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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. 696/2021; 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/SIUI.

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,
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

Secția/compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Secții/Compartimente de acugi 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. 1068/627/2021.

**) 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. 1068/627/2021.

**Răspundem de realitatea si 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 FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE
CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT,
PENTRU LUNA.....ANUL.....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe, 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 acuți 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. 1068/627/2021.

*1) Coloana C2 \leq coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e. Coloana C3 \leq 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. 1068/627/2021;

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.

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	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 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, 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 1 iulie 2021 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2021, ora 10:50 se va completa 10.08.21.10:50)

***) 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. 696/2021;

- „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. 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. 9 lit. c), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in 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 si 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.

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 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 acuți 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. 1068/627/2021.

*1) 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. 696/2021; 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. 9 lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**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 (SNSPMPDSB/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.

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 (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**)Validarea cazurilor 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

**)Validarea cazurilor 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

**) 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

***) 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/SIUI. -

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. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.
 **) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

***) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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 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.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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. 1068/627/2021.
 **) 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 Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București 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/SIUI.

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 = C3xC4
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. 1068/627/2021.

**) 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. 1068/627/2021.

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 = C3xC4
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021.

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 = C2xC3
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. 1068/627/2021.

**) 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 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 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 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 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 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.

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	$C4 = C2 \times C3$
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. 1068/627/2021.

**) 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 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.

**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.

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= C3xC4
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021.

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= C3xC4
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021.

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 = C2xC3
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021.

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 = C2xC3
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021.

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. 1068/627/2021, 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.

**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.

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 = C3xC4
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021. 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.

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 = C3xC4
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021. 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.

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 = C2xC3
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021. 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.

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 = C2xC3
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. 1068/627/2021.

***) 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. 1068/627/2021. 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.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

**RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE
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)	Mesaj de eroare	Tip eroare (SNSPMPDSB/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

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.

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
SI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI**

**RAPORT PRIVIND NUMĂRUL ZILELOR DE SPITALIZARE PESTE MEDIANA FIECĂREI GRUPE DRG ÎN
SECȚIA/COMPARTIMENTUL DE TERAPIE INTENSIVĂ A SPITALULUI.....
ÎN TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Nr. crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD) ¹⁾	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A) ¹⁾	Grupa de diagnostic ¹⁾	Număr zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de TI a spitalului*)

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătură electronică extinsă.

¹⁾ Conform Anexei nr. 23 B I și II la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B I și II la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
DIRECTOR GENERAL**

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE
UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE**

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

Tip autovehicul	Total km efectiv parcurși în mediul urban *)		Total km efectiv parcurși în mediul rural *)		Tarif pe km parcurs **)	Total sumă		Suma decontată ***)
	Contractați	Efectiv parcurși	Contractați	Efectiv realizați		Contractată	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = C6 \times (C2 + C4)$	$C8 = C6 \times (C3 + C5)$	$C9 = C7$ 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. 1068/627/2021

***) Casele de asigurari de sanatate decontează suma realizată in condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 4-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.

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APA EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI
MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE**

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

Tip ambarcațiune	Total mile *)		Tarif pe milă marină **)	Total sumă		Suma decontată***)
	Contractate	Efectiv parcuse		Contractată	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5 =C2 xC4	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. 1068/627/2021

***) casele de asigurari de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 4-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 medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Casa de asigurări de sănătate
.....

Anexa 4-c

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

**1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTATIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE
SPECIALIZATE PRIVATE**

Luna/TrimANUL.....

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. 1068/627/2021	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare*)	Total sumă		Suma decontată**)
			Contractat	Realizat		Contractată	Realizată**)	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
Subtotal 1 - solicitări pentru 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. 1068/627/2021

***) casele de asigurari de sanatate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021

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. 1068/627/2021	CNP/ Cod unic de asigurare / Număr de identificare personal *)	
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului 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:

1. 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.
2. Desfășurătoarele se completează distinct pentru autoturismele de transport pentru consultațiile de urgență la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de intervenție / transport pe apă

**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.

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitatea.....

Județul.....

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURATILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP / Numar 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 îngrijiri (lei)	Sumă decontată de CAS****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11=C9xC10
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-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) și art. 4 alin.(1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

****) Conform art. 4 alin. (1) din Anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

**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;

**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.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizor de servicii de îngrijiri
paliative la domiciliu.....
Localitatea.....
Județul.....**DESFĂȘURĂTORUL ASIGURATILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA
DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ**

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP / Numar 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 domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile paliative la domiciliu conform planului de îngrijire paliativă*)	Tarif **) /zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
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 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), art. 2 alin.(2) și art. 4 alin.(1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

***) Conform art. 4 alin.(1) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

**Răspundem de realitatea și 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;

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 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)

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/ 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, 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)

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 negociat *)	% decontat de CAS **)	Total sumă realizată ***)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	$C6 = C3 \times C4 \times C5$
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			65%	
				100%	
	TOTAL		X	X	

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

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	%*) decontat de CAS
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
	TOTAL		x

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

**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.

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 negociat *)	Total sumă realizată**)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5 = C3xC4</i>
	TOTAL		X	

*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) și alin. (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021;

***) 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. 1068/627/2021;

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
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
	TOTAL	

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

.....
(nume și prenume)

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 7

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 CU AFECȚIUNI CRONICE
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL
MEDICULUI DE FAMILIE
ÎN LUNA..... ANUL.....**

I. 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**)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ ***)					
1. HTA					

1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA 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 nou depistate, pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

II . Recapitulăția persoanelor 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 INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				
B. 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 2				
TOTAL				

*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera B.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. Formularele din anexa 7 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
4. Datele se vor completa cu majuscule.

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

.....
(nume și prenume)

**Validat de casa de asigurări
de sănătate**

.....
Data:

Societatea Farmaceutică
 Farmacia..... adresa
 Nr. Contract încheiat cu CAS.....
 Nr. Data

Anexa 8-a

**1.1. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu
 pentru luna anul
 care însoțește factura seria nr. /data**

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 A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D	
	Nr. 2.1	data 2.2																
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>		
...																		
.....																		
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 1.2 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 1.3, 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 1.4, 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 1.5 din Anexa 8-a)																		

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 s-a emis factura

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 1.299 lei

Coloanele (13) – (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum / cost-volum-rezultat.

*) 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)

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.

**Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia**

Societatea Farmaceutică

Farmacia..... adresa

Nr. Contract încheiat cu CAS.....

Nr. Data

**1.2. Extras borderou centralizator
rețete eliberate pentru titularii de card european
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 A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data												
	2.1	2.2												
<i>1</i>	<i>2</i>		<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
....														
...														
n														
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) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a

Coloanele (10) - (14) 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

**1.3. 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 luna anul**

lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie si 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
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
.....															
.....															
n															
Total	x	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 1.1. din Anexa 8-a.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum / cost-volum-rezultat.

*) 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.

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

**1.4. Extras borderou centralizator
rețete eliberate pentru titularii de formulare europene
pentru luna anul**

Nr. Crt.	Bon Fiscal		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
	Nr	data													
	2.1.	2.2													
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	
....															
.....															
n															
Total	x	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 inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

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..... CAS.....

Nr..... data.....

1.5. Extras borderou centralizator DCI – uri notate cu ()¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru luna anul**

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie si număr prescripție	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. și serie pașaport	Tip formular European/document	**)Tip document	***) Țara	Valoare prescripție	Valoare compensare din care :	sublista A	sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data															
1	2.1.	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							

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras 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 HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru celelalte liste, după caz.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0 – 1.299 lei.

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

*) 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)

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 CAS

Nr. data

Borderou centralizator pensionari 0 – 1.299 lei
pentru luna anul
care însoțește factura seria nr. /data

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. 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				

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = reprezintă suma pentru care s-a emis 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 (**)¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

*) se completează numai total coloană.

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

**I. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite in tratamentul ambulatoriu
 care fac obiectul contractelor cost-volum pentru lunaanul
 care însoțește factura seria nr. /data**

- lei -

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. card euro pean	*) 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
	Nr.	data															
	2.1	2.2															
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 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)																	

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 s-a emis factura.

*) 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).

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 ≠ 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 0-1.299 lei – pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

**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		Serie și număr prescripție	Cod parafă 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												
<i>1</i>	<i>2.1</i>	<i>2.2.</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
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) + 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..... lei

Nr. Crt.	Bon Fiscal		Serie si 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
	Nr.	data													
	2.1.	2.2													
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	
TOTAL	x	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.

*) 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

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 titularii de formulare europene
pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum
pentru luna anul**

Nr. crt	Bon Fiscal		Serie si 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
	Nr. 2.1.	data 2.2													
<i>1</i>	<i>2</i>		<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>
Total	x	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

II. Borderou centralizator medicamente compensate si gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat 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 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	16	17
...																	
...																	
n																	
Total	1x	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)																	
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 II.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 II.3 din Anexa 8-c)																	

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).

*) 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)

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 ≠ 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 0-1.299 lei – pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

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 si număr prescripție	Cod parafă 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.												
<i>1</i>	<i>2</i>		<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
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) + 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		Serie si 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
	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	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.

*) 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.

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 titularii de formulare europene
pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat
pentru luna anul**

Nr. Crt.	Bon Fiscal		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
	Nr. 2.1.	data 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	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

III. Borderou centralizator
pensionari 0-1.299 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat,
pentru luna anul, care însoțește factura seria nr. /data

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							
<i>1</i>	<i>2</i>		<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
...								x	x
...								x	x
...								x	x
n								x	x
Total	x	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 s-a emis 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)