

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției Reglementări și Norme de Contractare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. RN 457 din 15.03.2022,

în temeiul prevederilor:

- art. 1 alin. (4) – (9) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 189 alin. (1) 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, cu modificările și completările ulterioare;

- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 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, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. I. - Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 731 și 731 bis din 26 iulie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 4, alineatul (1), după litera e), se introduce o nouă literă, litera f) cu următorul cuprins:

„f) persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare;

2. La articolul 4, după alineatul (1), se introduce un nou alineat, alin. (1¹) cu următorul cuprins:

„(1¹) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. f) , în coloana „cod numeric personal/cod unic de identificare” se va completa numărul unic de identificare

atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.”

3. La articolul 4, la alineatul (2), după litera e) se introduce o nouă literă, lit. f) cu următorul cuprins:

„f) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele, data nașterii, în cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare. Se vor atașa copii ale documentelor prevăzute de Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.”

4. La articolul 4, după alineatul (2) se introduc două noi alineate, alin. (3) și (4) cu următorul cuprins:

„(3) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la punctele 1.1, 1.3 și 1.5 din Anexa nr. 8-a nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile OUG nr. 15/2022 , cu modificările și completările ulterioare.

(4) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la punctele I, I.2., II și II.2. din Anexa nr. 8-c nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.”

5. În Anexa nr. 1-d, după punctul 9.3 se introduc trei noi puncte, pct. 9.4, 9.5 și 9.6 cu următorul cuprins:

„9.4. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate persoanelor cărora le sunt aplicabile prevederile OUG nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare:

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)	X	X	X
c1. consultație evaluare inițială			
c2. consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile			
c3. consultație pentru monitorizarea/control			
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			
d.2) 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 electrocardiografei 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 9.4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele persoanei, data nașterii, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale (documentele sunt cele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare).

9.5. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC; boală cronică de rinichi – pentru persoanele beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare –

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

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

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

6. În Anexa 1-d, punctul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

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 + total pct. 9.6.

7. În Anexa nr. 8-a, după punctul 1.5. se introduc două noi puncte, pct. 1.6. și 1.7 cu următorul cuprins:

1.6. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare,

pentru luna anul
care însoțește factura seria nr./data,

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. și serie document (e) care au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripție	Total valoare contribuție personală	Total valoare compensare din care:	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			x	x	x	x	x								
Subtotal 1 – Valoarea compensată aferentă DCI-urilor notate cu (**) ¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare (coloanele 8–15 sunt egale cu totalul de la col. 8-15 din tabelul 1.7 din prezenta anexă)															

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

Total Coloana (8) = coloana (9) + coloana (10), și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15)

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

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Nota: 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..... CAS.....
Nr..... data.....

1.7. Extras borderou centralizator DCI – uri notate cu (**)¹ potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare

pentru luna anul

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. și serie document (e) care au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Valoare prescripție	Valoare contribuție personală	Valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	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								

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 (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (10) din tabelul 1.6. din prezenta anexă.

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

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

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)"

8. În Anexa nr. 8-c, după punctul III, se introduc două noi puncte, pct. IV. și V cu următorul cuprins:

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

IV. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare,

pentru luna anul
care însoțește factura seria nr./data

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. și serie document (e) care au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripție	Total valoare contribuție personală	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			x	x	x	x	x								

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal. Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total Coloana (8) = coloana (9) + coloana (10), și reprezintă suma pentru care s-a emis factura.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Nota: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
Reprezentant legal al S.C. Farmacia
(nume și prenume)

Anexa 8-c
- continuare –

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

V. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna anul

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie și număr prescripție	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	Nr. și serie document (e) care au deschis dreptul la medicamente	**) Tip document	Total valoare prescripție	Total valoare contribuție personală	Total valoare compensare din care :	Sublista A	Sublista B	Sublista C secțiunea C1	Sublista C secțiunea C3	Sublista D
	Nr.	data													
	2.1	2.2													
1			3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...															
...															
n															
TOTAL			x	x	x	x	x								

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

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Nota: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia
 (nume și prenume)''

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

**p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
 Adela COJAN
 Vicepreședinte**