

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 115 din 20.01.2023,

în temeiul prevederilor:

- 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, 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, 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 f) se introduce o nouă literă, lit. g) cu următorul cuprins:
„g) persoanele neasigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru serviciile acordate la nivelul asistenței medicale primare; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2) 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, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare.”

2. În Anexa nr. 1-d, punctul 5 „Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale”, se abrogă.

3. În Anexa nr. 1-d, la precizarea de sub tabelul de la punctul 6, *3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare; 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. În Anexa nr. 1-d, la precizarea de sub tabelul de la punctul 7, *3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„*3) Se raportează conform lit. A – punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare; 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”.

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

”
10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU (decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate) = total pct. 4.3 + total pct. 6 + total pct. 7 + total pct. 8.3 + total pct. 9.3 + total pct. 9.6.
”

6. În Anexa nr. 1-d, după punctul 11, se introduc cinci noi puncte, punctele 12.1 - 12.5 cu următorul cuprins:

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical*2)			
2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *3):	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,			
3. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *4)			
4. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet* 5)			
5. Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță*6)			
6. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou * 7)	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) *8)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *9)	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*10):	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 lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei 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 * ¹¹⁾			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt * ¹¹⁾			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice * ¹²⁾			
c.1) consultație evaluare inițială			
c.2) consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile			
c.3) consultație pentru monitorizare/ control			
C. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic *¹³⁾ (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.			
D. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială *¹⁴⁾	X	X	X
a) consilierea femeii privind planificarea familială			
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanelor fără risc			
E. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL *¹⁵⁾	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 persoanele nedeplasabile înscrise 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 in managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi)			
F. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*16)	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			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
l) Imobilizare entorsă			
m) Tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere inopinată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			

r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
G. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificat medical constatator de deces^{*17)}			
H. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat^{*18)}			
I. Confirmare caz oncologic^{*19)}			
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, cu modificările și completările ulterioare;

*2) conform lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*3) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*5) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*6) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*7) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*8) conform lit. A 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, cu modificările și completările ulterioare;

*9) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*10) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*11) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*12) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*13) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*14) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*15) conform lit. A 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, cu modificările și completările ulterioare;

*16) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.4. - NOTA anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*17) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*18) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.6. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare;

*19) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul **12.1** 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.

12.2. 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 persoanei	Cod numeric personal/ Cod unic de identificare	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile de la lit. A, pct. 6 , subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 12.1 .*1)	Nr. Puncte / 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, cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/persoană, în luna în care a fost confirmat;

12.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 12.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună <i>menționat în col. 4 din tabelul 12.1</i>	Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col.5 <i>din tabelul 12.2</i>	Total număr de puncte lunar
1	2	3= 1 + 2

12.4. TOTAL puncte pe serviciu (suportate de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate) = **total puncte col. 3 de la pct. 12.3.**

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

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 12.4 din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie” minus total col. 4, lit. F de la desfășurătorul de la punctul 12.1	Majorarea/diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
1.	2.	3.

”

7. Titlul anexei nr. 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNI CRONICE
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE
ÎN LUNA ANUL”

8. După Anexa nr. 7, se introduce o nouă anexă, anexa 7 bis având cuprinsul prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. - Prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activității lunii ianuarie 2023.

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

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

ANEXA

(Anexa 7 bis la Ordinul nr. 705/2021)

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie /

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/

.....

**MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR NEASIGURATE CU AFECȚIUNI CRONICE
PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL
MEDICULUI DE FAMILIE
ÎN LUNA..... ANUL.....**

I. Intrări în evidență/ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de identificare/	Vârsta *)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII 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.				
...				
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.

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

II . Recapitulăția persoanelor neasigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane neasigurate cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
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				
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 neasigurate care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. Formularele din anexa 7 bis 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: