

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE

ORDIN NR. 563/24.04.2009

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

Având în vedere:

- Art. 14 lit. d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 416/428/2009, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009
- Referatul Direcției Generale Relații cu Furnizorii nr. DGF/576/22.04.2009

În temeiul prevederilor:

- Art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare și art. 17 alin.(5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aprobat prin H.G. nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

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

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

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

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

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

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

(7) Formularele menționate la alineatele (1) ÷ (6) se utilizează împreună cu formularele tipizate de „Factură „, fără TVA.

Art. 2. - (1) Anexele 1 – 6 fac parte integrantă din prezentul ordin.

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

Art. 3. - Furnizorii de servicii medicale vor raporta serviciile medicale efectuate conform contractelor de furnizare de servicii medicale în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, potrivit formularelor aprobate prin prezentul Ordin.

Art. 4. - (1) Formularele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru persoanele titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

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

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

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

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

d) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

Art. 5. - La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 329 din 23.04.2008 pentru aprobarea utilizării formularelor unice pe țară, fără regim special care includ și desfășurătoarele activităților realizate, necesare raportării activității furnizorilor de servicii

medicale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 394 și 394 bis din 26 mai 2008.

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

Art. 7. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PRESEDINTE,

Irinel POPESCU

Aviz de legalitate
Direcția Juridic Contencios
Și Acorduri Internaționale nr. ____ / ____
Director,
Consilier juridic Liliana MIHAI

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

I. LISTA ASIGURAȚILOR ÎNSCRIȘI**Grupa de vârstă*)**

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01.2009 *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare
1								
2								
: N								

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

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

II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

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

Notă:

1. Formularele din Anexa 1-a se întocmesc în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări
de sănătate

.....

Data:

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD
Copil în cadrul familiei	01
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	02*
Salariat	03
Pensionar pentru limită de vârstă	04
Pensionar de invaliditate	05*
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	06
Tineri cu vârsta 18-26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă	07
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	08
Soț, soție, părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	09
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul Lege nr. 118/1990, republicat modificat prin O.G. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000	10
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994	11
Persoane prevăzute la art. 3 alin.(1) lit.b) din Legea nr. 341/2004	12
Pensionari cu venituri din pensii peste limita supusă impozitului pe venit	13
Persoane cu vârsta de peste 18 ani care fac parte din familii beneficiare de ajutor social în baza Legii nr. 416/2001	14
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	15
Liber profesioniști	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultura	17
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	18*
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002	19
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	20
Alte (ex. magistrați-judecători, procurori, etc.)	21
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	22
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	23
Persoane care sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane	24
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	25
Persoane cu venituri din chirii	26
Persoane cu venituri din dividende	27
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	28
Persoane care realizează alte venituri impozabile reglementate de Legea nr. 571/2003 privind Codul Fiscal (art. 257 lit. f) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare)	29

Persoane care se asigură facultativ	30
Persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani	31
Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin.(9 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare)	32
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România	33

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

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal	Adresa asiguratului	Vârsta la 01.01. 2009 *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura asiguratului sau după caz a aparținătorului legal sau a reprezentantului legal al instituției tutelare
1								
2								
....								

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.
sub 1 an – total din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
1-4 ani – total din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
5 - 59 ani – total din care:				
copii încredințați sau dați în plasament				
pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)				
60 ani și peste – total din care:				
persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență fără medic încadrat				
TOTAL				

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

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Cod numeric personal	Adresa	Vârsta la 01.01. 2009 *)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
....							

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă:

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

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

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

1. Formularele din Anexa 1-c se întocmesc în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face plata.

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

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”

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

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite :

I.)

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

b) Dacă total col.4 este cuprins între 23.000 – 29.000 --> $23.000 + (\text{Total col.4} - 23.000) \times 0,75 = \dots\dots\dots$ c) Dacă total col. 4 este cuprins între 29.001 – 35.000 --> $23.000 + (29.000 - 23.000) \times 0,75 + (\text{Total col.4} - 29.000) \times 0,50 = \dots\dots\dots$ d) Dacă total col. 4 este de peste 35.000 --> $23.000 + (29.000 - 23.000) \times 0,75 + (35.000 - 29.000) \times 0,50 + (\text{Total col.4} - 35.000) \times 0,25 = \dots\dots\dots$

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

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

Total col.4 =

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

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

.....

Anexa 1-d(continuare)

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

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

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

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

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

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1, subpct. IV din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie (col. 1=col. 2+col.3)	Din care :		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)
	Număr de puncte "per capita" pentru cabinet (col.1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/Nr.total ore din lună)	Număr de puncte "per capita" 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

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

Număr puncte "per capita" pe lună menționat la pct. 1, subpct. IV din Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie (col. 1=col. 2+col.3)	Din care :		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 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 al medicului titular*	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional al medicului angajat**	Total număr de puncte lunar (col.1+col.1.4 ± col.6 ± col.7) sau (col.2 + col.3 + col.4+col.5± col.6± col.7)
	Număr de puncte "per capita" pentru cabinet (col.1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/Nr.total ore din lună)	Număr de puncte "per capita" 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.	8.

Notă :

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

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

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

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

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/ lună/consult./ cazuri	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2x3
1. Imunizări	X	X	*)
2. Examen de bilanț copii :			
- la externarea din maternitate la domiciliul copilului	15		
- la 1 lună, la domiciliul copilului	15		
- la 2 luni	8		
- la 4 luni	8		
- la 6 luni	8		
- la 9 luni	8		
- la 12 luni	8		
- la 15 luni	6		
- la 18 luni	6		
3. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență	40/lună		
4. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist	20/caz confirmat		
5. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	X	X	**)
6. Controale periodice-epicriză de etapă pentru unele afecțiuni care necesită dispensarizare :			
- insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV (NIHA)	3/caz		
- diabet zaharat tip II – pentru asigurații aflați în tratament cu antidiabetice orale	5/caz		
- HTA cu AVC	3/caz		
7. Consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru	10/consultație		
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

*) Se va trece totalul din Anexa 1-e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

***) Se va trece pct. 6 col. 6 din Anexa 1-f

Notă:

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

Anexa 1-d(continuare)

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/solicitări/cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Imunizări	X	X	*)
4. Servicii de planificare familială	4/solicitare=persoană		
5. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	X	X	**)
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări :

*) Se va trece totalul din Anexa 1-e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale ;

***) Se va trece pct. 6 col. 7 din Anexa 1-f

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/solicitări/cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	X	X	*)
4. Imunizări	X	X	**)
5. Servicii medicale curative	3 /solicitare		
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	X		

Precizări :

*) Se va trece pct. 6 col. 8 din Anexa 1-f

***) Se va trece totalul din Anexa 1- e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Notă: Formularul de la punctul 6 „ Punctajul pentru servicii medicale acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ ” va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare serviciu medical (exceptând imunizările, care se raportează conform precizărilor de la Anexa 1-e) efectuat raportările pe cod de identificare a persoanelor beneficiare a acestor servicii medicale

Anexa 1-d(continuare)

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. solicitări/ persoane beneficiare/cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență, ce se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit	6/solicitare		
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :			
- depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	10/caz confirmat		
- supravegherea bolilor cu potențial endemo-epidemic	1/persoană/lună		
3. Servicii medicale curative	3 /solicitare		
TOTAL			

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

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte pe serviciu sau pe caz confirmat	Nr. persoane beneficiare/ lună/consult./ cazuri	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
1. Imunizări	X	X	*)
2. Examen de bilanț copii :			
- la externarea din maternitate la domiciliul copilului	15		
- la 1 lună, la domiciliul copilului	15		
- la 2 luni	8		
- la 4 luni	8		
- la 6 luni	8		
- la 9 luni	8		
- la 12 luni	8		
- la 15 luni	6		
- la 18 luni	6		
3. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență	40/lună		
4. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist	20/caz confirmat		
5. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei	X	X	**)
6. Controale periodice - epicriză de etapă pentru unele afecțiuni care necesită dispensarizare :			
- insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV (NIHA)	3/caz		
- diabet zaharat tip II – pentru asigurații aflați în tratament	5/caz		

cu antidiabetice orale			
- HTA cu AVC	3/caz		
7. Consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru	10/consultație		
TOTAL	X		

Precizări:

*) Se va trece totalul din Anexa 1-e cuprinzând desfășurătorul de activitate pentru imunizările efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

***) Se va trece total pct. 6 col. 9 din Anexa 1-f

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

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

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

9. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total col. 4 de la pct.4 + total col.4 de la pct. 5 + total col. 4 de la pct. 6 + total col.4 de la pct. 7 + total col.4 de la pct. 8

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

Furnizor de servicii medicale.....
Localitate.....
Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

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

PENTRU LUNA

Denumirea serviciului medical	Total persoane catagrafiate din: *		Total persoane imunizate din:		Procent realizat de imunizări **	Nr. imunizări egal cu 95%		Nr. imunizări ce depasesc 95%		Nr. puncte/ imunizare aferent la 95% din imunizări	Nr. puncte/ imunizare aferent la peste 95% din imunizări	Nr.total puncte pe luna
	lista proprie	școli	lista proprie	școli		lista proprie	școli	lista proprie	școli			
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=(C4+C5)/(C2+C3) \times 100$	$C7=95 \times C2/100$	$C8=95 \times C3/100$	$C9=C4-C7$	$C10=C5-C8$	C11	C12	** $C13=(C7+C8) \times C11+(C9+C10) \times C12$
I. Imunizări conform programului național de imunizări:												
a) antituberculoasă vaccin BCG										4	8	
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare										4	8	
c) testare PPD										4	8	
d) antihepatita B										4	8	
e) antipoliomielitică VPOși VPI										4	8	
f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată)										4	8	
g) antirujeolic și antirujeolică-antirubeolică-antiurliană										4	8	
h) împotriva difteriei, tetanosului - DT (revaccinare)										4	8	
i) împotriva difteriei, tetanosului - la adulți dT (revaccinare)										4	8	
j) împotriva tetanosului - dT sau VTA										4	8	
k) antirubeolica										4	8	
II. antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-nascut										4	8	
III. alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sanatate										4	8	
TOTAL												

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

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

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

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

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

Formularul va fi însoțit de lista cuprinzând rapoartele nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate, avizată de direcția de sănătate publică;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Anexa 1-f
(continuare)

6. Monitorizarea evoluției sarcinii și lauziei	Numar persoane asigurate din lista proprie consultate	Numar persoane consultate în cadrul pachetului minimal	Numar persoane consultate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ	Numar persoane consultate în cadrul serviciilor acordate categoriilor de persoane prevăzute la Nota 1, pct. 2, pct. 3 din Anexa nr. 1 la Ord.416/428/2009	Nr. puncte	Nr. total puncte pe lună - pachet bază	Nr. total puncte pe lună - pachet minimal	Nr. total puncte pe lună - pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ	Nr. total puncte pe lună - servicii acordate categoriilor de persoane prevăzute la Nota 1, pct. 2, pct. 3 din Anexa nr. 1 la Ord.416/428/2009
0	1	2	3	4	5	6=1x5	7=2x5	8=3x5	9=4x5
Luarea în evidență în primul trimestru					10				
Supravegherea:					8				
luna a 3-a					8				
luna a 4-a					8				
luna a 5-a					8				
luna a 6-a					8				
luna a 7-a					8				
luna a 8-a					8				
luna a 9-a inclusiv					8				
Urmărirea leuzei:									
- la externarea din maternitate - la domiciliu					8				
- la 4 săptămâni de la naștere					8				
Total pct.8									
TOTAL GENERAL					x				

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Nota: Formularul din Anexa 1-f se întocmește în două exemplare de către medicul de familie, din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară;

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

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

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

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

* Se va trece total Col. 7 din tabelul de la pct. 2 lit. a) sau total Col. 8 din tabelul de la pct.2 lit. b) sau total Col. 5 din tabelul de la pct. 3 după caz, cuprinse în Anexa 1-d)

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

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

*** Se va trece totalul general puncte pe serviciu de la punctul 9 din Anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CU FURNIZORII
.....

Întocmit,
.....

Notă: Formularul din Anexa 1-g se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de Asigurări de Sănătate
.....**Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o localitate și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete**

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CU FURNIZORII
.....Întocmit,
.....**Notă:**

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

Casa de asigurări de sănătate

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

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

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

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

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

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

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
 MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
 RELAȚII CU FURNIZORII

Întocmit,

Notă: Formularul din Anexa 1-i se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Formularul din Anexa 1-j se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA “ PER CAPITA ”
LUNA.....ANUL.....

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Formularul din Anexa 1-k se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

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

1. Desfășurător lunar al consultațiilor si serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de baza, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic

LUNA.....

ANUL.....

Nr. crt.	Specialitatea*	Număr consultații pe zi																														Total consultații/servicii medicale	Nr. puncte* pe tip de consultație/serviciu medical	Nr. total puncte
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
C1	Pachet de servicii medicale de baza																															C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultații:																																X	
1	Consultații inițiale total, din care:																																X	
	- Copii cu vârsta 0-1an																																	
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																	
2	Consultații de control total, din care:																																X	
	- Copii cu vârsta 0-1an																																	
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																	
3	Consultații specifice din care**:																																X	
	- inițiala																																	
	- de control																																	
4	Consultații specifice conexe din care**:																																	
	- inițiala																																	
	- de control																																	
B.	Servicii medicale**:																																X	
1	Servicii specifice specialității																																	
2	Servicii conexe																																	
TOTAL GENERAL																																	X	

* Specialitățile și punctajele aferente consultațiilor și serviciilor medicale sunt cele cf. Cap I, lit. A și B pct.1, din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

** Consultațiile și serviciile medicale sunt cele cf. Cap I, lit. B pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009 . Se pot completa numai codurile consultațiilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P. AL CONSULTATIILOR SI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU LUNA.....

Nr. crt	CNP asigurat	Numar Registru consultații	Pachetul de servicii medicale de baza*							
			Consultații		Consultatii specifice, inclusiv conexe (codul)		Puncte aferente consultațiilor	Servicii medicale, inclusiv conexe (codul)	Puncte aferente serviciilor medicale	Total puncte
			initiale	de control	initiale	de control				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11=C8+C10
TOTAL										

* Consultatiile si serviciile medicale sunt cele cf. cap I, lit. A și B pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009 . Se pot completa numai codurile consultațiilor si serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate

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

Total col. C5 din tab.2 = col. C4, lit. A, randul 2 din tab. 1

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

Total col. C8 din tab. 2 = (col. C6, lit. A randul 1+ col. C6, lit. A randul 2 + col. C6, lit. A randul 3 + col. C6, lit. A randul 4) din tab.1

Total col. C9 din tab. 2 = (col.C4, lit.B randul 1 + col.C4, lit. B randul 2) din tab. 1

Total col. C10 din tab. 2 = (col.C6, lit. B randul 1 + col. C6, lit. B randul 2) din tab. 1

Total col.C11din tab. 2 = col.6, TOTAL GENERAL din tab. 1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Notă:

Formularul din Anexa 2-a se întocmeste în doua exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

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

1. Desfășurător lunar al consultațiilor 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 tip de consultație	Nr. total puncte				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				31			
C1	C2	C3																														C4	C5	C6 = C4 x C5				
Consultații în cadrul pachetului minimal:																																						
1	- consultație medicală inițială pentru constatarea situației de urgență constatată																																					
2	- consultație medicală inițială pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat)																																					
TOTAL GENERAL																																						
							X																															

* Specialitățile sunt cele cf. Cap I, lit. B pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

** Consultațiile și punctajele aferente sunt cele cf. Cap I, lit. B, pct.2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

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

*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele cf. cap I, lit. B, pct.2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Nota: Formularul din Anexa 2-b se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile e lucrătoare ale lunii următoare.

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

Anexa 2-b bis
 Reprezentantul legal al furnizorului.....
 Medic de specialitate.....
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate.....

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

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

Nr. crt.	Specialitatea*	Număr consultații pe zi																														Total consultații/servicii medicale	Nr. puncte*** pe tip de consultație/serviciu medical	Nr. total puncte
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
C1	C2	C3																														C4	C5	C6 = C4 x C5
A.	Consultații** :																																X	
1	Consultații inițiale total, din care:																																X	
	- Copii cu vârsta 0-1an																																	
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																	
2	Consultații de control total, din care:																																X	
	- Copii cu vârsta 0-1an																																	
	- Copii cu vârsta 1-5 ani																																	
	- Adulți și copii peste 5 ani																																	
	- Consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie																																	
3	Consultații specifice din care:																																X	
	- inițiala																																	
	- de control																																	
4	Consultații specifice conexe din care:																																	
	- inițiala																																	
	- de control																																	
B.	Servicii medicale**:																																X	
1	Servicii specifice specialității																																	
2	Servicii conexe																																	
C.	Consultații în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ:																																	
1	- consultație medicală inițială pentru constatarea situației de urgență constatată																																	
2	- consultație medicală inițială pentru depistarea bolilor cu potențial endemico-epidemic (caz confirmat)																																	
3	- consultații pentru afecțiuni intercurrente (inițiala)																																	
4	- consultații pentru afecțiuni intercurrente (de control)																																	
TOTAL GENERAL																																	X	

* Specialitățile sunt cele cf. Cap I, lit. B pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

** În cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani beneficiază de serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază - cf. Cap I, lit. A și B pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr.416/428/2009

***) Punctajul aferent consultațiilor și serviciilor medicale aferente sunt cele cf. Cap I, lit. A, B pct.1 și pct. 3 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009 . Se pot completa numai codurile consultațiilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate

2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P. AL CONSULTATIILOR SI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE PENTRU LUNA.....

Nr. crt	CNP/cod de identificare	Numar Registru consultații	Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ*										Total puncte
			Consultații**		Consultatii specifice, inclusiv conexe (codul)**		Consultații initiale pentru constatarea situatiei de urgenta	Consultatii initiale pentru depistarea bolilor cu potential endemo epidemic	Consultatii pentru afectiuni intercurrente	Puncte aferente consultațiilor	Servicii medicale, inclusiv conexe** (codul)	Puncte aferente serviciilor medicale	
			initiale	de control	initiale	de control							
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14=C11+C13
TOTAL													

*) Consultatiile si serviciile medicale sunt cele cf. Cap I, pct. 3 din Anexa 7 la Ordinul nr. 416/428/2009 . Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate

**) Consultatiile si serviciile medicale efectuate copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 18 ani, conform Cap. I, pct. 3, lit.c) din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notă:

Formularul din Anexa 2-b bis se întocmește în doua exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

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

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

*) Tot. col. C1 = (col. C6, lit. A, rd.1+ col. C6, lit. A, rd.2+ col. C6, lit. A, rd.3+ col. C6, lit. A, rd.4) din tab. 1 al Anexei 2-a + col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1 al Anexei 2-b + (col. C6 lit. A, rd. 1+ col. C6 lit. A, rd. 2 + col. C6 lit. A, rd. 3 + col. C6 lit. A, rd. 4 + col. C6 lit. C rd. 1+ col. C6 lit. C rd. 2 + col. C6 lit. C rd. 3+ col. C6 lit. C rd. 4) din tab. 1 al Anexei 2 – b bis

**) Tot. col. C3 = (col. C6, lit. B rd. 1+ col. C6, lit. B rd. 2) din tab. 1 al Anexei 2-a + (col. C6, lit. B rd. 1+ col. C6, lit. B rd. 2) din tab. 1 al Anexei 2-b bis

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă: Formularul din Anexa 2-c se întocmește în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
MANAGEMENT ȘI ECONOMICĂ
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CU FURNIZORII
.....

Întocmit,
.....

Notă: Formularul din Anexa 2-d se întocmește în două exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea.....

Judetul

1. DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN UNITATI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE SI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MS SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII

LUNA.....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr. servicii medicale		Tarif negociat * / serviciu	Total sumă contractată *	Total sumă realizată
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
TOTAL			X		

* In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009

2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN UNITATI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE SI AVIZATE, DUPA CAZ, DE MS SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII

LUNA

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr./dată Fișă sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti
	C1		
TOTAL	X	X	

Total col.C3 = total col. C2 din tabel 1

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

.....

Notă: 1. Formularul din Anexa 2-e se întocmește în doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriu pentru specialitățile clinice/contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare de zi

2. Formularul din Anexa 2-e se utilizează de catre furnizorii de servicii medicale clinice care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau au încheiat contract pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi

Casa de asigurari de sanatate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Judetul

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

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

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

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

***) In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

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

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

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

***) In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Nota:

- Formularul din Anexa 2-f se întocmește în doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.
- Formularul din Anexa 2-f se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicina dentara care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, pentru ecografii și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentara retroalveolara si panoramica (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);
- Tabelul 1 se completează de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au incheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru EKG și ecografii generale efectuate asiguraților din lista proprie, ca o consecință a actului medical propriu;

Casa de asigurari de sanatate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Judetul

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

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice * / (codul)	Total investigatii paraclinice efectuate	Tarif / investigatie paraclinica contractat**	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL				X

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

***) In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

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

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice * / (codul)	Total investigatii paraclinice efectuate	Tarif / investigatie paraclinica contractat**	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL				X

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

***) In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Formularul nu va include investigatiile paraclinice efectuate la recomandarea medicilor din spital pentru bolnavii internati

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Notă:

1. Formularul din Anexa 2-g se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din Anexa 2-g se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicina dentara care au încheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, pentru ecografii și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentara retroalveolara si panoramica, (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);

Casa de asigurari de sanatate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Judetul

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

LUNA.....

ANUL.....

Nr. crt.	CNP	Tipul investigatiei paraclinice efectuate*/ (codul)	Tariful investigației efectuate (lei)	Filtratul glomerular estimat**)
C1	C2	C3	C4	C5
Subtotalul investigatiilor paraclinice efectuate p un CNP				x
TOTAL				

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

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

Total col.C3 = (tot. Col. C3 din tab. 1+ tot. col. C3 din tab.2) din Anexa 2-f

Total col.C4 = (tot. Col. C5 din tab. 1+ tot. col. C5 din tab.2) din Anexa 2-f

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

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

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

LUNA.....

ANUL.....

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

*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

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

Total col.C3 = (tot. Col. C3 din tab. 1+ tot. col. C3 din tab.2) din Anexa 2-g

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Notă:

1. Formularul din Anexa 2-h se întocmește în doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se

depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal, în primele 7zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din Anexa 2-h se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice/furnizorii de servicii de medicina dentara care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, pentru ecografii și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentara retroalveolara si panoramica (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);

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

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

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

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat*	Cod** serviciu	Cod formulă dentară***	Total servicii / luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X	X		X	

*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ

***) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

****) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

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

.....

Nota: Formularul din Anexa 2-i se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

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

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

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	% decontat de CAS	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Nota: Formularul din Anexa 2-j se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA ASIGURAȚILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X	X		X	

*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

.....

Nota: Formularul din Anexa 2-k se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Judetul.....
Localitatea.....
Luna.....anul.....

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ

Nr. crt.	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP*	Cod** serviciu	Cod formulă dentară***	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X			X	

*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ

***) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

****) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 NOTA 2 din Anexa nr. 7 la ordinul anterior menționat
Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

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

.....

Nota: Formularul din Anexa 2-I se completeaza in doua exemplare de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de catre acesta la casa de asigurari de sanatate, în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de asigurări de sănătate.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Județul

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

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

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

*) Se completează conform Cap. IV pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

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

**B. Lista asiguratilor care beneficiază de servicii medicale de recuperare efectuate
in unitatile sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare**

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

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

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

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

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

TRIMESTRUL / TRIMESTRELE ANUL.....

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

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

¹ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 416/428/2009

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 416/428/2009

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 2.1 din Anexa 3-b se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

¹ Conform formularului 1.1 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 416/428/2009

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 416/428/2009

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

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 2.2 din Anexa 3-b se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Nr. cazuri externate raportate si validate ¹	ICM realizat ²	Nr. cazuri ponderate validate	Tarif pe caz ponderat ³	Coeficientul cazurilor extreme – K ⁴	Suma contractata	Suma realizata*
1	2	3 = 1 x 2	4	5	6	7 = 3 x 4 x 5

¹ Conform formularului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

² Conform formularului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 416/428/2009

⁴ Conform formularului 1.2 din Anexa 3 – a la prezentul ordin

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

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

LUNA/TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....

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

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

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Director general

Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE PRECUM SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURE DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

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

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

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 1.1 din Anexa 3-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioara ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ³
1	2	3	4	5	6	7= (2-3)x5x6 sau 4 x 6	8
TOTAL SPITAL							

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

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

1 Conform formularului din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin

2 Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent

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

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 1.2 din Anexa 3-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr. zile de spitalizare contractat	Nr. zile de spitalizare realizat	Tarif/zi de spitalizare contractat	Suma contractată	Sumă realizată**
0	1	2	3	4=1x3	5=2x3
TOTAL SPITAL					

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) , ultima teză din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr.cazuri externate contractate	Nr. cazuri externate, raportate	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compart., contractat	Suma contractată	Suma realizată***
1	2	3	4	5	6	7	8= 2x6x7	9= (3-4)x6x7 sau 5 x7
TOTAL SPITAL								

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

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs.

¹ Conform formularului din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin

² Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 416/428/2009 pentru situațiile la care este prevăzută durata optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. In cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul din Anexa 3-d bis se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

**RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
 FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT
 AL SPITALULUI
 LUNA/TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....**

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

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

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
 Director general

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR
 Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 416/428/2009, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**
1	2	3	4= 2x3
TOTAL SPITAL			

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Formularul 1.1 din Anexa 3-f se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

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

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

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 416/428/2009

¹ Conform formularului din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin

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

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

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

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

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

¹ Conform formularului din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

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

Anexa 3-h

1.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/SERVICIU MEDICAL

LUNA/TRIM.

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr. servicii medicale		Tarif* /serviciu medical contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată**
	Contractat	Realizat**			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
TOTAL			X		

*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicesti se stabileste conform prevederilor art. 5 lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009

**) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009. Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009

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

LUNA/TRIM.

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 416/428/2009	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Total servicii medicale spitalicesti realizate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL	X	X	X	

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

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

.....

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

2.1. DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT

LUNA/TRIM.

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

*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicesti se stabileste conform prevederilor art. 5 lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009

**) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009. Trimestrial suma realizata se deconteaza numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 416/428/2009

2.2 EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT

LUNA/TRIM.

Denumire serviciu medical efectuat in regim de spitalizare de zi	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Total servicii medicale spitalicesti realizate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	X	X	X	

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

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

.....

Notă:

Formularul din Anexa 3-h se întocmește bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) si cumulat pentru fiecare trimestru în doua exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti

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

Anexa 3-i

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

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

Nota: Formularele de decontare se adapteaza conform modelelor de formulare de decontare utilizate in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

2. Sume acordate pentru investigatiile paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice*

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

Nota: Formularele de decontare se adapteaza conform modelelor de formulare de decontare utilizate in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice

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

Notă:

Formularul din Anexa 3-i se întocmește lunar și cumulativ pentru fiecare trimestru în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE

Luna/Trim

Tip autovehicul	Total Km echivalenți în mediul urban		Total Km realizați pentru mediul rural		Tarif pe km negociat și contractat *	Coeficient de ajustare corespunzător timpilor de așteptare**	Total sumă		Suma decontată***
	Contractați	Echivalenți parcurși	Contractați	Efectiv realizați			Contractată	Realizată***	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 =C2xC6+C4xC6	C9	C10 = C8 sau C9
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor medicale de urgență					X	x			
Subtotal 2 - km aferenți serviciilor de transport sanitar					X	x			
						x			
						x			
Subtotal 3 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu					X	x			
TOTAL(subtot.1+subtot. 2+subtot. 3)					X	x			

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

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

***) C9 = C3xC6+C5xC6 sau C9 = (C3+C5)xC6 + [(C2-C3)+(C4-C5)] x C6 x C7, după caz; Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin.(2) și alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

Notă:

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

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APA

Luna/TrimANUL.....

Tip ambarcațiune	Total mile		Tarif pe milă negociat și contractat *	Coeficient de ajustare corespunzător timpilor de așteptare*	Total sumă		Suma decontată**
	Contractate	Efectiv parcurse			Contractată	Realizată**	
C1	C2	C3	C4	C5	C6 =C2 xC4	C7 = C3 x C4 sau C7 = (C2 x C4) + (C2-C3)xC4xC5	C8= (C6 sau C7)
Subtotal 1 - mile aferente serviciilor medicale de urgență			X	X			
Subtotal 2 - mile aferente serviciilor de transport sanitar			X	X			
				X			
				X			
Subtotal 3 - mile aferente consultațiilor de urgență la domiciliu			X	X			
TOTAL(subtot.1+subtot. 2+subtot. 3)			X	X			

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

**) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

.....

Notă:

Formularul din Anexa 4-b se întocmește bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al eprezentantul legal al furnizorului până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de intervenție*	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 21 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat și contractat	Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare***	Total suma		Suma decontată****
			Contractat	Realizat**			Contractat	Realizat	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = C3 \times C5 \times 1$	$C8 = C4 \times C5 \times C6$	$C9 = (C7 \text{ sau } C8)$
TOTAL		X			X				

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

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

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

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

Timpul de așteptare realizat =

Timpul de așteptare contractat =

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

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

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A și B din Anexa 21 la Ordinul nr. 416/428/2009	CNP*		
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigură facultativ
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	X			

*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ; Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul din motive justificate se va completa cu 0000000

Total col.C3 + total col.C4 + total col.C5 din tab. 1.2 = total col. C3 din tab. 1.1 sau după caz cu total col.C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

Notă:

1. Formularul se întocmește bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul

legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

2. Formularul se completează distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule și pe apă;

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTATIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție transport pe apă pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. B din Anexa 21 la Ordinul nr. 416/428/2009	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare negociat și contractat	Total suma		Suma decontată*
			Contractat	Realizat		Contractata	Realizata	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
Subtotal 1 - solicitari pentru consultatiile de urgenta la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanenta					x			
Subtotal 2 - solicitari pentru consultatiile acordate de medicii din unitatile medicale specializate					x			
TOTAL(subtot. 1+ subtot. 2)					X			

*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 416/428/2009

1.2. Evidenta dupa cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenta

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. B din Anexa 21 la Ordinul nr.416/428/2009	CNP*		
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigura facultativ
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	X			

*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ; Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul din motive justificate se va completa cu 0000000

Total col.C3 + total col.C4 + total col.C5 din tab. 1.2 = total col. C3 din tab. 1.1 sau dupa caz cu total col.C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

Notă:

- Formularul se întocmește bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar
- Formularul se completeaza distinct pentru autoturismele de transport pentru consultatiile de urgenta la domiciliu, respectiv pentru mijloacele de interventie transport pe apa

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

LISTA ASIGURATILOR CARE AU BENEFICIAT DE ÎNGRIJIRE MEDICALA LA DOMICILIU LA RECOMANDAREA MEDICULUI DE SPECIALITATE, LA EXTERNAREA ASIGURATILOR DIN SPITALE/AMBULATORIUL DE SPECIALITATE

LUNAANUL.....

Nr. crt.	Cod numeric personal	Medicul de specialitate din spital/ambulatoriul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data recomandarii pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliul	Data inceperii setului de îngrijiri medicale la domiciliu	Data sfarsitului setului de îngrijiri medicale la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu	Denumire servicii de îngrijiri medicale la domiciliu*	Total nr. servicii de îngrijiri acordate, pe tipuri
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10

total col.C10 = total col. C3 din Anexa 5-a

*) Se completează conform Pachetului de servicii medicale de baza pentru îngrijiri medicale la domiciliu cuprins in Anexa nr. 24 la Ordinul nr. 416/428/2009

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal

.....

Nota: Formularul se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul ramâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, in primele 5 zile lucratoare ale lunii urmatoare

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

1.1 Desfășurător al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii balneare

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

Nr. crt.	Tipul de asistenta balnearea	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *	Suma contractata**	Total sumă realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C3 \times C5$	$C7 = C4 \times C5$
	TOTAL			X		

*) Se stabileste conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 416/428/2009

***) Reprezinta suma negociata diminuata corespunzator cu contributia personala a asiguratilor, conform art.1 alin.(2) b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 416/428/2009

****) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizeaza in conformitate cu prevederile art.2 și art. 5 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 416/428/2009; Col. C7 nu cuprinde suma suportata de asigurati, conform art. 1, alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 28 la ordin.

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă:

Formularul din Anexa 6-a se întocmește bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) si trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul ramâne la furnizor, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

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

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

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

Nr. crt.	Sectia	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *	Suma contractata	Total sumă realizată**
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C3 \times C5$	$C7 = C4 \times C5$
	TOTAL			X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 416/428/2009

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 și art. 5 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 416/428/2009;

1.2 Desfășurător lunar pe C.N.P. al serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii, secții sanatoriale din spitale și în preventorii

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă:

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