





























Furnizor de servicii medicale.....  
Localitate.....  
Jude .....

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**DESFĂȘUR TOR DE ACTIVITATE PENTRU IMUNIZĂRI ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZ / 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 depășesc 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	coli	lista proprie	coli		lista proprie	coli	lista proprie	coli			
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) antituberculoas vaccin BCG										4	8	
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare										4	8	
c) testare PPD										4	8	
d) antihpatita B										4	8	
e) antipoliomielitic VPO și 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 antirujeolic - antirubeolic - antiurlian										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-născut										4	8	
III. alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice										4	8	
<b>TOTAL</b>												

\*) Reprezintă asigurările de pe lista proprie + pers. neînscrise pe lista proprie dar repartizate de către ASP medicului de familie pentru efectuarea imunizărilor în coli conform art. 1 alin. 3) lit.a din Anexa 2 la Ordinul nr. 522/236/2008

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

**Not :**

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 respectiv) cu o notă explicativă care să cuprindă tipurile de vaccin administrate în inocularea respectivă și confirmarea autorității 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)

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), din care unul se depune la CAS de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, ca anexă la factura lunară;

Formularul va fi însoțit de lista cuprinzând raportările nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate, avizat de autoritatea de sănătate publică;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Semnătura și parafa medicului de familie

.....



8.-Supravegherea gravidei	Numar gravide asigurate din lista proprie consultate	Numar gravide consultate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ	Nr. puncte	Nr. total puncte pe lun - pachet baz	Nr. total puncte pe lun - pachet de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ
0	1	2	3	4 = 1 x 3	5 = 2 x 3
Luarea în evident în primul trimestru			10		
Supravegherea:					
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 <b>inclusiv</b>			8		
Urmărirea leuzei:					
- la externarea din maternitate - <b>la domiciliu</b>			8		
- la 4 săptămâni de la naștere			8		
<b>Total pct.8</b>					
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>x</b>		

\* 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  
Semnătură și parafă medicului de familie

.....

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

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

\* Se va trece total Col. 4 din tabelul de la pct. 2 lit.a) sau total Col.5 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 nota explicativă pentru fiecare diferență de puncte raportată.

\*\*\* Se va trece totalul general puncte pe serviciu de la punctul 8 din Anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELĂȚII CU FURNIZORII  
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE  
.....

Întocmit,  
.....

**Not :** 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 funcționarea 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 lucrat col.2/col.1 = 1

\* Conform art. 30 lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008

\*\* Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE  
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELĂȚII CU FURNIZORII  
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE  
.....Întocmit,  
.....**Not :**

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
<b>TOTAL</b>				
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. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008.

\*\* Conform art. 7, pct. 2, lit. b) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008

\*\*\* 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  
ECONOMICE  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELĂȚII CU FURNIZORII  
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE  
.....

Întocmit,  
.....

**Not :** 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.....

Jude ..... 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 încheiat convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu art. 30 lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008

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 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.





**2. DESFUR TOR PE C.N.P. AL CONSULTATIILOR SI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGUR FACULTATIV, ACORDATE ÎN ASISTEN A MEDICAL AMBULATORIE PENTRU LUNA.....**

Nr. crt	CNP/cod de identificare	Numar Registru consulta ii	Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ*										Total puncte
			Consulta ii**		Consultatii specifice, inclusiv conexe (codul)**		Consulta ii initiale pentru constatarea situatiei de urgenta	Consultatii initiale pentru depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic	Consultatii pentru afectiuni intercurrente	Puncte aferente consulta iilor	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
<b>TOTAL</b>													

\*) Consultatiile si serviciile medicale sunt cele cf. cap I, pct.3 din Anexa 7 la Ordinul nr. 522/236/2008 . Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigur ri de s n tate

\*\*) 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. 522/236/2008

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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Semn tura i parafa medicului de specialitate,

.....

**Not :**

Formularul din Anexa 2-b bis se întocmeste în doua exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigur ri de s n tate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 3 zile lucr toare ale lunii urm toare.

"



Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀ Total C12 ◀















Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c Total C12 c



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 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.	<b>Consultații** :</b>																																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	
	- inițială																																	
	- de control																																	
4	Consultații specifice conexe din care:																																	
	- inițială																																	
	- de control																																	
B.	<b>Servicii medicale**:</b>																																X	
1	Servicii specifice specialității																																	
2	Servicii conexe																																	
C.	<b>Consultații în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ:</b>																																	
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 intercurente(inițială)																																	
4	- consultații pentru afecțiuni intercurente(de control)																																	
<b>TOTAL GENERAL</b>																																	X	

\* Specialitățile sunt cele cf. Cap I, pct.1 lit. B din Anexa 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\* 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, pct.1, lit. A și B din Anexa 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\*\*) Punctajul aferent consultațiilor și serviciilor medicale aferente sunt cele cf. Cap I, pct.1, lit. A, B și pct. 3 din Anexa 7 la Ordinul nr. 522/236/2008. Se pot completa numai codurile consultațiilor din anexa cu acordul casei de asigurări de sănătate

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Semnătură și parafa medicului de specialitate,

.....

**Nota:** Formularul din Anexa 2-a 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 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Jude .....  
.....

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. 522/236/2008**

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 de muncă (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	aferente consultațiilor conexe	Total din care	aferente 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 corectiv nu se însumează 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,

Semnătură și parafă medicului de specialitate,

.....

.....

**Not :** 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 3 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 <sup>1)</sup> pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate
<i>I.</i>	<i>2.</i>
I.	
II.	
III.	
<b>TOTAL</b>	
Nr. puncte <sup>1)</sup> raportate în plus sau în minus *	

<sup>1)</sup> 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 nota explicativă pentru fiecare diferență de puncte raportată.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE  
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELĂȚII CU FURNIZORII  
PLANIFICARE ȘI DEZVOLTARE  
.....

Întocmit,  
.....

**Not :** 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.



Casa de asigurari de sanatate.....

Anexa 2-e

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea.....

Judetul .....

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

LUNA.....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr. servicii medicale		Tarif negociat * / serviciu	Total sum contractat *	Total sum realizat
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
<b>TOTAL</b>			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. 522/236/2008

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

LUNA .....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr./dat Fi sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti
C0	C1	C2	C3
<b>TOTAL</b>	X	X	

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

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**Not** : 1. Formularul din Anexa 2-e se întocmește în doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurari de sanatate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.

2. Formularul din Anexa 2-e se utilizează de către furnizorii de servicii medicale clinice care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice

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

Anexa 2-e bis

**1. DESFĂȘURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR DE HEMODIALIZĂ ÎN INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ EFECTUATE ÎN UNITĂȚI SANITARE AMBULATORII AUTORIZATE ȘI AVIZATE, DUPĂ CAZ, DE MSP SA EFECTUEZE ACESTE SERVICII**

LUNA .....

Nr. Bolnavi		Nr. Sedinte		Tarif negociat/sedinta*	Suma contractata	Suma realizata
Cazuri contractate	Cazuri realizate	Contractate	Realizate			
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C1 \times C3 \times C5$	$C7=C2 \times C4 \times C5$

\*) În limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate, prezentat în Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008

**Nota:** casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 3 sedinte pe săptămâna pe bolnav

**2. EVIDENȚĂ DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE HEMODIALIZĂ ÎN INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ**

LUNA .....

	CNP beneficiar	Nr./dat Fi sau Registru de consultatie	CAS la care este luat în evidenta asiguratul	Numar sedinte realizate
	C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>		X	X	

Total col.C1 din tab.2 = total col.C2 din tab.1

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

**Not :**

Formularul din Anexa 2-e bis se întocmește 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de servicii medicale de hemodializă efectuate în unități sanitare ambulatorii

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

**1.Desf ur tor lunar al investigatiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de baz , efectuate in ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie**

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

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

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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. 522/236/2008

**2.Desf ur tor lunar al investigatiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de baz , 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**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>			X	

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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. 522/236/2008

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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**Nota:**

1. Formularul din Anexa 2-f se întocme te în doua exemplare, dintre care unul r mâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigur ri de s n tate de c tre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, în primele 3 zile lucr toare ale lunii urm toare.

2. Formularul din Anexa 2-f se completeaz dup caz i de furnizorii de servicii medicale clinice care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice, pentru ecografi i monitorizarea i managementul hemodinamic prin metoda bioimpedan ei toracice

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

**1.Desf ur tor lunar al investigatiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigur facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 i 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**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>				X

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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. 522/236/2008

**2.Desf ur tor lunar al investigatiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigur facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 i 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**	Sume (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
<b>TOTAL</b>				X

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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. 522/236/2008

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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**Not :**

1. Formularul din Anexa 2-g se întocme te în dou exemplare, dintre care unul r mâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigur ri de s n tate de c tre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în primele 3 zile lucr toare ale lunii urm toare.

2. Formularul din Anexa 2-g se completeaz dup caz i de furnizorii de servicii medicale clinice care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografii i monitorizarea i managementul hemodinamic prin metoda bioimpedan ei torace

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

**1. Lista asigura ilor care au beneficiat de investigatii paraclinice din pachetul de servicii medicale de baz , 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 investigatiei efectuate ( lei )	Filtratul glomerular estimat**)
C1	C2	C3	C4	C5
<b>Subtotalul</b> investigatiilor paraclinice efectuate pe un CNP				x
<b>TOTAL</b>				

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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

Se vor ata a i fi elede solicitare pentru serviciile de înalt performan (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 completeaz doar pentru creatinina seric , la fiecare determinare a acestei investiga ii paraclinice.

Corespunz tor fiec rui 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. 522/236/2008 i rezultatul ob inut si se va specifica metoda de determinare a creatininei;

**2.Lista asigura ilor care au beneficiat de investigatii paraclinice din pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigur facultativ (gravide, copii cu vârste între 0 i 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 investigatiei efectuate ( lei )	Filtratul glomerular estimat**)
C1	C2	C3	C4	C5
<b>Subtotalul</b> investigatiilor paraclinice efectuate pe un cod de identificare				x
<b>TOTAL</b>				

\*) Se completeaza conform cap. II, pct.1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

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

Se vor ata a i fi ele de solicitare pentru serviciile de înalt performan (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 completeaz doar pentru creatinina seric , la fiecare determinare a acestei investiga ii paraclinice.

Corespunz tor fiec rui 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. 522/236/2008 Cockroft-Gault i rezultatul ob inut si se va specifica metoda de determinare a creatininei;

R spundem de realitatea i exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**Not :**

1. Formularul din Anexa 2-h se întocme te în doua exemplare, dintre care unul r mâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigur ri de s n tate de c tre reprezentantul legal, în primele 3 zile lucr toare ale lunii urm toare.
2. Formularul din Anexa 2-h se completeaz dup caz i de furnizorii de servicii medicale clinice care au incheiat act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice pentru ecografi i monitorizarea i managementul hemodinamic prin metoda bioimpedan ei toracice



Jude ul..... Furnizor de servicii medicale.....  
 Localitatea..... Reprezentant legal.....  
 Luna.....anul..... Medic de medicin dentar /dentist.....Medic de medicin dentar /dentist.....  
 (nume prenume) (nume prenume)  
 Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....  
 CNP medic/dentist.....CNP medic/dentist.....

**DESFUR TOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICIN DENTAR PREVENTIVE I A TRATAMENTELOR DE MEDICIN DENTAR CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZ , ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICIN DENTAR , PENTRU GRUPA 0 - 18 ANI**

Nr. crt	Nr. Fi a sau Registru consulta ii	CNP asigurat*	Cod** serviciu	Total servicii / luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total lei
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		<b>X</b>	

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigura facultativ

\*\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de medicina dentara preventive si tratamentele de medicina dentara in cadrul pachetului de servicii medicale de baza , respectiv pentru serviciile medicale de medicina dentara preventive si tratamentele de medicina dentara efectuate in cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**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, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare.



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

**DESFURTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICIN DENTAR PREVENTIVE I A TRATAMENTELOR DE MEDICIN DENTAR CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZ , ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICIN DENTAR , PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI**

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat	Cod* serviciu	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 = C5 x C6 x C7
<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	

\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

R spundem de realitatea i exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**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 3 zile lucr toare ale lunii urm toare.



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

**DESFURTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICIN DENTAR PREVENTIVE I A TRATAMENTELOR  
 DE MEDICIN DENTAR ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICIN DENTAR , PENTRU GRUPE  
 ASIGURATE ILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE**

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

\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura și parafa medicului

.....

.....

**Nota:** Formularul din Anexa 2-k se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare.



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

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

**DESFURTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGEN DE MEDICIN DENTAR IN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURA FACULTATIV, IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICIN DENTAR**

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

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigur facultativ

\*\*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

Serviciile medicale de urgen de medicin dentar sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 nota 2 din Anexa nr. 7 la ordinul anterior mentionat  
 Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgen de medicin dentar efectuate in cadrul pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgen de medicin dentar efectuate in cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigur facultativ

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

.....

.....

**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, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare.

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

**A. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare efectuate în unități 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
	<b>Subtotal I</b>		X	
	II. Servicii medicale efectuate în bazele de tratament***:	X	X	X
	<b>Subtotal II</b>		X	
	<b>TOTAL GENERAL</b>		X	

\*) Se completează conform Cap. IV pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\*) Conform Cap. IV pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 522/236/2008 . Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării administrației unității sanitare, în condițiile prevăzute la art.15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\*\*) Serviciile medicale de recuperare acordate în bazele de tratament se raportează conform prevederilor art.15 alin. (3) lit.b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 522/236/2008

**B. Lista asiguratilor care beneficiaz 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*	Num r servicii medicale de recuperare-reabilitare efectuate
C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>			

Recomandarile pentru tratament de recuperare-reabilitare se fac de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spitale, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare a sanatatii

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

\*) Serviciile medicale de recuperare acordate in bazele de tratament se raporteaza conform prevederilor art.15 alin. (3) lit.b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 522/236/2008

R spundem de realitatea i exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului Semn tura i parafa medicului de specialitate

..... .....

**Not** : Formularul din Anexa 2-m se întocme te în dou exemplare, dintre care unul r mâne la furnizorul de servicii medicale iar celalalt se depune la casa de asigur ri de s n tate de c tre reprezentantul legal, în primele 3 zile lucr toare ale lunii urm toare.





























Jude ul.....  
 Localitatea.....  
 Furnizorul de servicii medicale .....

Anexa 3-h

**1.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICE TI 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. 522/236/2008	Nr. servicii medicale		Tarif* /serviciu medical contractat	Total sum contractat	Total sum realizat **
	Contractat	Realizat**			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicesti se stabileste conform prevederilor art. 5 lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 . 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. 522/236/2008

**1.2. EVIDEN A DUP C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICE TI 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. 522/236/2008	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
<b>TOTAL</b>	X	X	X	

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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....

Jude ul.....  
 Localitatea.....  
 Furnizorul de servicii medicale .....

**2.1. DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI 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 sum contractat	Total sum realizat **
	Contractat	Realizat**			
C0	C1	C2	C3	$C4 = C1 \times C3$	$C5 = C2 \times C3$
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicesti se stabileste conform prevederilor art. 5 lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 . 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. 522/236/2008

**2.2 EVIDEN A DUP C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICE TI 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
<b>TOTAL</b>	X	X	X	

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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

**Not :**

Formularul din Anexa 3-h se întocme te bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) si cumulat pentru fiecare trimestru în doua exemplare, dintre care unul r mane la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigur ri de s n tate de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, pân la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti

Jude ul.....  
 Localitatea.....  
 Furnizorul de servicii medicale .....

### 1.1 DESFASURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA

LUNA/TRIM. ....

Nr. Bolnavi		Nr. Sedinte		Tarif/sedinta contractat*	Suma contractata***	Suma realizata**
Cazuri contractate***	Cazuri realizate	Contractate***	Realizate**			
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C1 x C3 x C5	C7=C2 x C4 x C5

\*) nu poate fi mai mare decat tariful maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prevazut la Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 522/236/2008.

\*\*) Lunar suma realizata se deconteaza cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 522/236/2008 .  
 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. 522/236/2008 .

\*\*\*) se completeaza doar in cazul raportarii trimestriale

**Nota:** casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 3 sedinte pe saptamana pe bolnav

### 1.2. EVIDEN A DUP C.N.P. A BENEFICIARILOR DE HEMODIALIZA IN INSUFICIENTA RENALA CRONICA

LUNA/TRIM. ....

CNP beneficiar	Numar inregistrare fisa pentru spitalizare de zi	CAS la care este luat in evidenta asiguratul	Numar sedinte realizate
C1	C2	C3	C4
<b>TOTAL</b>	X	X	

Total col.C1 din tab.1.2 = total col.C2 din tab.1.1

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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

#### Not :

Formularul din Anexa 3-i se întocme te bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) si cumulat pentru fiecare trimestru în dou exemplare, dintre care unul r mane la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigur ri de s n tate de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, pâ n la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de dializ efectuate în unit i sanitare – spitale

Jude ul.....  
 Localitatea.....  
 Furnizorul de servicii medicale .....

**1. Sume acordate pentru serviciile medicale efectuate in cabinetele medicale de specialitate in : oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, din fondul alocat pentru asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile 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 asistentei medicale spitalicesti 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

**3. Sume acordate pentru servicii medicale de medicina dentara efectuate in cabinetele de medicina dentara aflate in structura spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale dentare\***

\*) Conform Actului adițional III 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 de medicina dentara

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

.....

**Not :**

Formularul din Anexa 3-j 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



Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

**DEȘURTOR 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 contractat*	Total sum		Suma decontată **
	Contractați	Echivalenți parcurși	Contractați	Efectiv realizați		Contractat	Realizat **	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C5 = C2 \times C6 + C4 \times C6$	$C6 = C3 \times C6 + C5 \times C6$	$C7 = C5 \text{ sau } C6$
<b>Subtotal 1 - km aferenți serviciilor medicale de urgență</b>					X			
<b>Subtotal 2 - km aferenți serviciilor de transport sanitar</b>					X			
<b>Subtotal 3 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu</b>					X			
<b>TOTAL( subtot.1+subtot. 2+subtot. 3)</b>					X			

\*) Se stabilește în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 7 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008

\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

**Not :**

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/Trim .....ANUL.....

Tip ambarcațiune	Total mile		Tarif pe mil contractat	Total sum	
	Contractate	Efectiv parcurse		Contractat	Realizat *
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C4$	$C6 = C3 \times C4$
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. - 522/236/2008.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentant legal

.....

**Not :**

Formularul din Anexa 4-b 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 reprezentantului legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

Casa de asigurari de sanatate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Judeul.....

**DESFURTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT AERIAN**

Luna/Trim .....ANUL.....

Tip aeronav	Total ore zbor		Tarif pe ora de zbor contractat	Total sum	
	Contractate	Efectiv realizate		Contractat	Realizat *
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C4$	$C6 = C3 \times C4$
<b>TOTAL</b>			X		

\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008.

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

**Not :**

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

Casa de asigurari de sanatate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

**1.1 DESFUR TOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGEN**

Luna/Trim .....ANUL.....

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de interventie*	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A si B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr. solicit ri		Tarif pe solicitare contractat	Total		Suma decontat **
			Contractat	Realizat		Contractat	Realizat	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
<b>TOTAL</b>		X			X			

\*) Tipurile de mijloace specifice de interventie sunt potrivit art. 6 din Anexa 22 la Ord. nr. 522/236/2008; In cazul autoturismelor de transport pentru consultatiile de urgenta la domiciliu, raportarea datelor se va face conform formularelor din Anexa 4-e

\*\*\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008 .

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

Luna/Trim .....ANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A si B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	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
<b>TOTAL</b>	X			

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigur 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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor  
Reprezentant legal

**Not :**

1.Formularul se întocme te bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) i pentru fiecare trimestru în dou exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigur ri de s n tate, de catre reprezentantul legal al furnizorului, pân la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

2.Formularul se completeaza distinct pentru fiecare tip de transport cu autovehicule, transport aerian si pe apa;

Casa de asigur ri de s n tate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Jude ul.....

## 1.1 DESFUR TOR AL CONSULTATIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU

Luna/Trim .....ANUL.....

Nr. crt.	Autoturism transport pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	Nr. solicitari		Tarif pe solicitare contractat	Total		Suma decontat *
			Contractat	Realizat		Contractat	Realizat	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3 x C5	C7=C4 x C5	C8 = (C6 sau C7)
<b>Subtotal 1 - solicitari pentru consultatiile de urgenta la domiciliu acordate de medicii din centrele de permanenta</b>					x			
<b>Subtotal 2 - solicitari pentru consultatiile acordate de medicii din unitatile medicale specializate</b>					x			
<b>TOTAL( subtot. 1+ subtot. 2)</b>					<b>X</b>			

\*) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 522/236/2008 .

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

Luna/Trim .....ANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. B din Anexa 21 la Ordinul nr. 522/236/2008	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
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>			

\*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigur 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

R spundem de realitatea i exactitatea datelor  
Reprezentant legal

### Not :

Formularul se întocme te bilunar ( corespunzator ambelor etape de decontare) i pentru fiecare trimestru în dou exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigur ri de s n tate, de catre reprezentantul legal al furnizorului, pân la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar



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**

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

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 domiciliu	Data începerii îngrijirii medicale la domiciliu	Data sfârșitului îngrijirii medicale la domiciliu	Nr. zile îngrijire medicala 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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal

.....

**Nota:** Formularul se întocmește 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 de îngrijiri medicale la domiciliu, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare





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, inclusiv cele balneare 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 sum realizat ***
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7 = C4xC5
	<b>TOTAL</b>			<b>X</b>		

\*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul 522/236/2008.

\*\*)In cazul sanatoriilor balneare reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților

\*\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 522/236/2008; Pentru sanatoriile balneare col. C7 nu cuprinde suma suportată de asigurați, 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 / secții sanatoriale din spitale, inclusiv cele balneare și în preventorii

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

Nr. crt.	C.N.P.	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	<b>TOTAL</b>	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

#### Not :

Formularul din Anexa 6-a 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