

Nr. /

SE APROBĂ,
p. PREȘEDINTE
RaduȚIBICHI

AVIZAT,
p. DIRECTOR GENERAL
Liliana MIHAI

REFERAT DE APROBARE
al ordinului pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate
de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special

Având în vedere prevederile:

- art. 178 din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015,
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015,
- avizul conform al Ministerului Sănătății nr. /

Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 225/2013 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele activităților realizate, necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale, cu modificările ulterioare, își încetează valabilitatea.

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

De asemenea, anexăm desfășurătoarele necesare raportării în vederea decontării serviciilor medicale din asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate, asistența medicală din unități sanitare cu paturi, a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, a serviciilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare precum și a listei persoanelor cu afecțiuni cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu.

DIRECTOR GENERAL ADJUNCT,
Ec. Liliana LUKACS

DIRECȚIA REGLEMENTĂRI
ȘI NORME DE CONTRACTARE
DIRECTOR,
Valentina DIACONU

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CABINET PREȘEDINTE

ORDIN Nr./.....

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

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al Direcției Generale Relații Contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. din

În temeiul prevederilor:

- art. 178 din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015;

- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015,

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare

- 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 documentele justificative - formulare, unice pe țară, fără regim special, care includ 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-i.

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

(3) Se aprobă documentele justificative-formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității 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 documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, în vederea decontării lunare și trimestriale de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 4-a - 4-c.

(5) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, 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 și 5-b.

(6) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități 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. 6-a și 6-b.

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare, unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor cu afecțiuni cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu conform anexelor nr. 7-a - 7-b.

(8) Formularele menționate la alineatele (1) - (7) se utilizează împreună cu formularele tipizate de "Factură" fără TVA, întocmite conform prevederilor Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 2.226/2006 privind utilizarea unor formulare financiar-contabile de către persoanele prevăzute la art. 1 din Legea contabilității nr. 82/1991, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2 (1) Anexele nr. 1 - 7 fac parte integrantă din prezentul ordin.

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

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

Art. 4 (1) Desfășurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru:

- a) asigurați,
- b) pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale,
- c) pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane,
- d) pentru persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2) din H.G. 400/2014;
- e) pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2) din H.G. 400/2014;

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

- a) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/ cod unic de asigurare, specificarea serviciilor medicale efectuate în cazul persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- b) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/ cod unic de asigurare, specificarea serviciilor medicale acordate cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;
- c) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de asigurare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate; se vor atașa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate
- d) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de asigurare a persoanei beneficiare de formulare / documente europene, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular / document european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul / documentul, numărul de identificare a instituției

respective. Tipurile de formulare europene sunt: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și documente europene S - corespondente acestor formulare; se vor atașa copii ale formularelor/documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale cu excepția formularelor / documentelor europene (E106, E 119, E 120, E 121) / S1.

e) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal / cod unic de asigurare 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. Se vor atașa copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale.

Art. 5 La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 225/2013 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 268 și 268 bis din 14 mai 2013 cu modificările ulterioare.

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

Art. 7 Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I și se aplică începând cu luna iulie 2014.

p. PREȘEDINTE,

Radu ȚIBICHI

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

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului
.....

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită (*)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1							
2							
...							

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014 privind Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

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

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare	Adresa	Vârsta împlinită*)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1						
2						
...						

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014 privind Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/ SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/ DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ

Grupa de vârstă*)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/ document european (E106, E109, E120, E121/S1)	Număr de identificare personal/ Cod unic de asigurare	Statul membru UE / SEE /Confederația Elvețiană competent	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1								
2								
..								

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014 privind Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

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

Notă:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 1-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

În vederea contractării, formularele din anexa 1-a vor fi raportate numai în format electronic atât pentru medici nou veniți cât și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

- ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcție de mișcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1-c);

și/sau

- în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I și III din anexa 1-a se întocmesc lunar în câte două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) și /sau EKG.

Formularele I și III din anexa 1-a vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic la data încheierii actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) și /sau EKG, indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din anexa 1-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

.....

Data:

CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD
Copil în cadrul familiei	100
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)
Tineri cu vârsta 18 - 26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri din muncă	102
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	103
Studenți-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	104
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	105*)
Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	106
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începerea de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, modificat prin OG. nr. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000	107.1
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare	107.2
Persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare	107.3
Persoane ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare	107.4
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare	107.5
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	108
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	109
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	110
Persoane prevazute la art.1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din OUG nr. 158/2005	111
Salariat sau categorii asimilate	200
Pensionari cu venituri din pensii care depășesc 740 lei	201
Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii care depasesc 740 lei	202
Persoane cu venituri din activități independente	203

Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	204
Persoane cu venituri din chirii	205
Persoane cu venituri ocazionale	206
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultură	207
Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin. 9 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare	208
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	210
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 78 Cod Fiscal	211
Persoane aflate în concediu medical sau în accident de muncă	300
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	301
Persoane ce execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate	302
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	303
Străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității	304
Persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	305
Pensionar cu venituri mai mici de 740 lei, care nu se încadrează la categoria "Pensionar de invaliditate"	306
Pensionar de invaliditate cu venituri din pensii sub 740 lei	307
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308
Personalul monahal al cultelor recunoscute, care nu realizează venituri	309
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1)	401
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene (E109/S1)	402
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1)	403
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1)	404

*) Pentru persoanele nou înscrise pe listă, medicii de familie atașează la fișa medicală, actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată

NOTĂ:

În categoria 200: "Salariat sau categorii asimilate" intră următoarele categorii de persoane:

1. Persoane care realizează venituri obținute din asocierile fără personalitate juridică prevăzute la art. 13 lit. e) din Codul Fiscal
2. Asigurați preluați de casele județene de pensii de la unitățile în faliment
3. Membri ai comisiei de cenzori sau comitetului de audit, precum și membri în consilii, comisii, comitete și altele asemenea: președinții asociațiilor de proprietari sau alte persoane care își desfășoară activitatea în baza contractului de mandat în cadrul asociațiilor de proprietari

4. Persoane disponibilizate care beneficiaza de plati compensatorii acordate in baza contractului colectiv sau individual de munca suportate din fondul de salarii

5. Administratorii societăților comerciale, companiilor/societăților naționale și regiilor autonome, desemnați /numiți în condițiile legii, precum și reprezentanții în adunarea generală a acționarilor și în consiliul de administrație - proiect D112

6. Persoane fizice care realizează venituri sub formă de salarii de la angajatori nerezidenți și care achită contribuțiile sociale individuale potrivit art.296¹⁹ alin.(1¹³) din Legea nr. 571/2003, cu modificările și completările ulterioare - proiect D112

7. Personal militar, polițiști și funcționari publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare, la trecerea în rezervă sau direct în retragere, respectiv la încetarea raporturilor de serviciu, fără drept de pensie, din domeniul apărării naționale- proiect D112

In categoria 203: "Persoane cu venituri din activitati independente" intră urmatoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii:

1. Persoane care realizează venituri obținute dintr-o asociere cu o persoană juridică contribuabil, potrivit titlului IV¹ din Codul Fiscal, care nu generează o persoană juridică

2. Persoane care realizează venituri din activitatea de expertiză contabilă și tehnică, judiciară și extrajudiciară

3. Întreprinzătorii titulari ai unei întreprinderi individuale

4. Membrii întreprinderii familiale

5. Persoane care realizează venituri din activități desfășurate în baza contractelor/convențiilor civile încheiate potrivit Codului civil, precum și a contractelor de agent.

In categoria 303: "Somer sau beneficiar alocatie de sprijin" intră urmatoarea categorie de persoane asimilată acestei categorii:

persoane disponibilizate care beneficiaza de plati compensatorii suportate de bugetul asigurărilor de șomaj

In categoria 206: "Persoane cu venituri ocazionale" intra si urmatoarele categorii de persoane asimilate acestei categorii

1. Persoane cu venituri din dividende

2. Persoane cu venituri din dobânzi

3. Persoane cu castiguri din premii și jocuri de noroc

4. Persoane cu câștiguri din operațiunea de fiducie, potrivit titlului III Cod Fiscal

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

**I. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR BENEFICIARE ALE
PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE
FAMILIE
ÎN LUNA ANUL**

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumele asiguratului	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare	Adresa asiguratului	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul (**)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1.							
2.							
.....							

B. Recapitulația asiguraților înscrși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani - total din care:				
- copii încredințați sau dați în plasament				
4 - 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)				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
- persoane private de libertate aflate în custodia statului				
60 ani și peste - total din care:				
- persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
- persoane private de libertate aflate în custodia statului				
TOTAL				

La grupa de vârstă „4 – 59 ani”: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate + nr. persoanelor din centrele de îngrijire și asistență + numărul persoanelor private de libertate aflate în custodia statului

La grupa de vârstă „60 ani și peste”: totalul > nr. persoanelor instituționalizate din centrele de îngrijire și asistență + numărul persoanelor private de libertate aflate în custodia statului

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare	Adresa	Vârsta împlinită *)	Data înscrierii pe listă	Data Ieșirii de pe listă
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 (număr)	Intrări (număr)	Ieșiri (număr)	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr)

III. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA ANUL

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Nr. crt.	Nume și prenume	Tipul de formular/document european (E106, E109, E120, E121/S1)	Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană, competent	Vârsta împlinită *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul **)	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă
1.								
2.								

B. Recapitulăția persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor / documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului european și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente (număr)	Intrări (număr)	Ieșiri (număr)	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr)
1.	2.	3.	4.	5.
0 - 3 ani				
4 - 59 ani				
60 ani și peste				
TOTAL				

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

Notă:

Mișcarea asiguraților pe grupe de vârstă se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani)

*) 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 până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c se întocmesc lunar în câte două exemplare, din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale care a

încheiat act adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) și /sau EKG.

Formularele de la pct. I și pct. III, lit. A din anexa 1-c vor fi raportate lunar pe suport hârtie și în format electronic, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) și /sau EKG. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate
 Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de familie
 (nume prenume)
 CNP medic de familie

DESFĂȘURĂTORUL
PUNCTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE
LUNA ANUL

1. Numărul de puncte "per capita"

Nr. Crt.	Grupa de vârstă	Nr.puncte*)/pers./an	Nr. persoane asigurate existente**) în ultima zi a lunii precedente	Nr. puncte realizat (col.2 x col.3)
0	1	2	3	4=2x3
1.	0-3 ani		***)	
2.	0-3 ani (persoane din statele membre ale UE / SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
3.	0-3 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
4.	4-59 ani		****)	
5.	4-59 ani (persoane din statele membre ale UE / SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene)			
6.	4-59 ani (copii încredințați sau dați în plasament)			
7.	4-59 ani (pensionari de invaliditate - care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)			
8.	4-59 ani (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
9.	4-59 ani (persoane private de libertate aflate în custodia statului)			
10.	60 ani și peste		*****)	
11.	60 ani și peste (persoane din statele membre UE/SEE/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor /documentelor europene)			
12.	60 ani și peste (persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență)			
13.	60 ani și peste (persoane private de libertate aflate în custodia statului)			
	TOTAL	X		

*) conform art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.

**) conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

***) numărul de persoane de la grupa de vârstă „0 -3 ani” (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2 și 3

****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „4 -59 ani” (de la col. 3 rândul 4) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 5, 6, 7, 8 și 9

*****) numărul de persoane de la grupa de vârstă „60 de ani și peste” (de la col. 3 randul 10) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 12 și 13

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite:

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

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II.) a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte „per capita”/an depășește 18.700 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 18.701 - 23.000:

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

a.2) Dacă total col. 4 este cuprins între 23.001- 29.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (23.000 – 18.700) x 0,75 + (Total col. C4 -23.000) x 0,50

a.3) Dacă total col. 4 este peste 29.000:

Nr. puncte de decontat = 18.700 + (23.000 – 18.700) x 0,75 + (29.000 – 23.000) x 0,50 + (Total col. 4 – 29.000) x 0,25

b) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă, se calculează după cum urmează:

b.1) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 23.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 23.000 dar nu mai mult de 29.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 23.000 + (Total col. 4 - 23.000)x0,75

b.3) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 29.000 dar nu mai mult de 34.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 23.000 + (29.000 – 23.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 29.000) x 0,50

b.4) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 34.000 :

Nr. puncte de decontat = 23.000 + (29.000 – 23.000) x 0,75 + (34.000 – 29.000) x 0,50 + (Total col. 4 - 34.000) x 0,25

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) din Anexa 2 la HG nr.400/2014, se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 18.700 dar nu mai mult de 23.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 23.000 dar nu mai mult de 29.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 23.000 + (Total col. 4 - 23.000)x0,75

c.3) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 29.000 dar nu mai mult de 34.000 puncte inclusiv:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = 23.000 + (29.000 - 23.000) \times 0,75 + (\text{Total col. 4} - 29.000) \times 0,50$$

c.4) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 34.000 :

$$\text{Nr. puncte de decontat} = 23.000 + (29.000 - 23.000) \times 0,75 + (34.000 - 29.000) \times 0,50 + (\text{Total col. 4} - 34.000) \times 0,25$$

III.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 11 din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014:

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

IV.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor art. 14 din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014:

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

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

2. Recalcularea numărului de puncte "per capita" în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea:

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

În situația cabinetelor cu mai multe puncte de lucru, tabelul se va adapta corespunzător.

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

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Perioada de întrerupere (zile lucrătoare)	Număr zile lucrătoare luate în calcul (col.1-col.2)	Total puncte pe lună (conform col.7 din tabelul de la pct.2.)	Total puncte "per capita" luate în calculul drepturilor col.3 col.4 x ----- col.1
1.	2.	3.	4.	5.

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

4. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>I</i>	2	3	4=2x3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice * ²⁾ :	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice * ³⁾			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) * ⁴⁾	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei * ⁵⁾ :	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a. * ³⁾			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice * ⁶⁾			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt* ⁶⁾			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice * ⁷⁾			
C. Consultații la domiciliul asiguraților*⁸⁾	X	X	X
1. urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. eliberarea certificatului medical constatator al decesului			
D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății *⁹⁾	X	X	X

a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

- *1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *9) conform lit. B punctul 1 NOTA de la subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Notă: Desfășurătorul de la punctul 4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de asigurare/cod de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
C. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei:	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a* ⁴⁾ .			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;			
D. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială* ⁵⁾	X	X	X
a) consilierea persoanei privind planificarea familială			
b) indicarea unei metode contraceptive			
E. Eliberare certificat medical constatator de deces* ⁶⁾			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

Precizări:

- *1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.
- *2) Conform lit. A punctul 1 subpct. 1.1.1 și 1.1.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*3) Se raportează conform lit. A punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

*4) conform lit. A, punctul 1 subpct. 1.3 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*5) conform lit. A punctul 1 subpct. 1.4.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*6) conform lit. A NOTA de la punctul 1 subpct.1.6 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Notă: Desfășurătorul de la punctul 5 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod de identificare, serviciile medicale acordate; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

6. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
1. Consultația în caz de boală* ⁴⁾ în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X
a. consultație pentru afecțiuni acute			
b. consultație pentru afecțiuni subacute			
c. consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
TOTAL	X		

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*2) Se raportează conform lit. A punctul 1 subpct. 1.1.1 și 1.1.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014;

*3) Se raportează conform lit. A punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Notă: Desfășurătorul de la punctul 6 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/ Confederația Elvețiană, numele și prenumele titularului de card, data nașterii titularului, codul de identificare al instituției care a emis cardul,

numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 = 2x3</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală* ²⁾			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic* ³⁾ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).			
TOTAL	X		

Precizare:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*2) Se raportează conform lit. A punctul 1 subpct. 1.1.1 și 1.1.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014;

*3) Se raportează conform lit. A punctul 1 subpct. 1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014; Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa nr. 1 la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare;

Notă: Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului.

8. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz (pentru cei care beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.1. și 1.2 din Anexa 1 la Ordinul 619/360/2014)

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2x3</i>
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală* ²⁾ :	X	X	X

a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice *3)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *4)	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei *5):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a. *3)			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *6)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*6)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice *7)			
C. Consultații la domiciliul asiguraților*8)	X	X	X
1. urgență			
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. eliberarea certificatului medical constatator al decesului			
D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății *9)	X	X	X
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

- *6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
 *7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
 *8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.
 *9) conform lit. B punctul 1 NOTA subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/ document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/ documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/S1. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevazut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

9. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, după caz (pentru cei care beneficiaza în asistenta medicala primara de serviciile prevazute la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte* ¹⁾ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4=2x3
A. Servicii medicale curative	X	X	X
1. Consultația în caz de boală*²⁾ :	X	X	X
a) consultație pentru afecțiuni acute			
b) consultație pentru afecțiuni subacute			
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,			
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice*³⁾			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:			
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani)*⁴⁾			
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului			
c) la 2 luni	X	X	X
d) la 4 luni	X	X	X
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			

l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei^{*5)}:			
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a. ^{*3)}			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	X	X	X
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic			
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice ^{*6)}			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt ^{*6)}			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoanele asimptomatice ^{*7)}			
C. Consultații la domiciliul asiguraților^{*8)}	X	X	X
1. urgență			
2. episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice			
3. boli cronice			
4. eliberarea certificatului medical constatator al decesului	X	X	X
D. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății^{*9)}			
a) efectuate la cabinet			
b) efectuate la domiciliu			
TOTAL PACHET BAZA			
	X	X	X
	X		

Precizări:

*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

*9) conform lit. B punctul 1 NOTA subpunctul 1.4.2 din anexa nr. 1 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Notă: Desfășurătorul de la punctul 9 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului

Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

11. Recalcularea numărului de puncte pe serviciu în raport cu gradul profesional:

Număr puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din „Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie”	Majorarea/diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
1.	2.	3.

Notă: Desfășurătoarele din anexa 1-d) se 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

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 „per capita” și a unui punct pentru plata pe serviciu medical**

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

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

*) Se va trece total col. 7 din tabelul de la pct. 2 sau total col. 5 din tabelul de la pct. 3 după caz, cuprinse în anexa 1-d)

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

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

***) Se va trece totalul general puncte pe serviciu din col. 3 din tabelul de la punctul 11 din anexa 1-d)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE
.....Întocmit,
.....**Notă:** Formularul din Anexa 1-e 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 - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr zile lucrate	Venit lunar *)	Suma 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. 14 lit. a) din Anexa nr.2 la H.G. nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

**) Conform art. 14, lit. b) din Anexa nr.2 la H.G. nr.400/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
 ECONOMICE

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
 RELAȚII CONTRACTUALE

Întocmit,

Notă:

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

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

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

Luna	Număr medici	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. 619/360/2014 privind Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

**) Conform art. 14, lit. b) din Anexa nr.2 la H.G. nr.400/2014

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE
.....

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

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

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

*) pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate-unitate administrativ-teritorială / zonă urbană, care pentru o perioadă de maximum 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. 14 din Anexa nr.2 la H.G. nr.400/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul din Anexa 1-h 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, până la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata „per capita” și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP – uri beneficiare / Coduri unice de asigurare	Număr servicii medicale	Nr. Coduri unice de asigurare –beneficiare/ numere de identificare personale (pentru titularii formularelor / documentelor europene)
I. SERVICIILOR MEDICALE INCLUSE ÎN PLATA „PER CAPITA”				
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală				
2. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronșic; boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC); boala cronică de rinichi.	x	x	x	x
a) Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2:	x	x	x	x
a1. consultații în cadrul evaluării inițiale				
a2. consultațiile în cadrul monitorizării active				
b) Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	x	x	x	x
b1. consultații în cadrul evaluării inițiale				

b2. consultațiile în cadrul monitorizării active				
c) Managementul bolii cronice de rinichi	X	X	X	X
c1. consultații în cadrul evaluării inițiale				
c2. consultațiile în cadrul monitorizării active				
3. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz)				
4. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:	x	x	x	x
a) consilierea femeii privind planificarea familială;				
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.				
5. Activități de suport - eliberare de documente medicale:	x	x	x	x
a) certificate de concediu medical				
b) bilete de trimitere				
c) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri				
d) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului				
e) documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate				
f) prescripții medicale				
II. Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și 1.4.2 de la litera B din anexa 1 la Ordinul 619/360/2014 care depășesc limitele prevăzute la art. 1 alin. (3) lit. b) din Anexa 2 la același ordin, respectiv:	x	x	x	x
A. Servicii medicale curative				
1. Consultația în caz de boală ^{*2)} :				
a) consultație pentru afecțiuni acute				
b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice,				
2. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	x	x	x	x
1. urgență				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
4. eliberarea certificatului medical constatator al decesului				
C. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de	x	x	x	x

telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății				
a) efectuate la cabinet				
b) efectuate la domiciliu				

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin. (2) lit. e) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 1-i se întocmesc în două exemplare din care unul 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 în asistența medicală primară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

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

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

**) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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 decontat /investigație paraclinică**)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	$C5=C3 \times C4$
TOTAL			X	

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

**) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

3. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ANUL

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

*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

***) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

4. Desfășurătorul pe CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare al asiguraților pacienților care au beneficiat de investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriul de specialitate/ medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ANUL

Nr. Crt.	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de asigurare *)	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/(codul)	Numărul investigațiilor paraclinice
C1	C2	C3	C4
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/ Număr de identificare personal /Cod unic de asigurare		X	
...			
TOTAL		X	

*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014;

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

Notă:

- În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, se vor atașa și copii ale fișelor de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicilor cu specialitatea ATI.

2. Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 2) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3)

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

.....

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

5. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriu de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu/ medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de asigurare *)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate**)/ (codul)	Tarif/ investigație paraclinică ***)	Suma aferentă investigațiilor efectuate conf. biletului de trimitere (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
				
TOTAL		X	X	X	X	
				
TOTAL		X	X	X	X	
TOTAL GENERAL		X	X	X	X	

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene, titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

****) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

.....

Notă:

1. Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar în câte două exemplare, dintre care câte unul rămâne la furnizor iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2-g se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

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

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

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

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

4. Tabelul 1 și 3 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.

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

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 MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA 0 - 18 ANI

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

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

*) se trece nr. crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

.....

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-h se completează lunar în doua 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară
 Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-h se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

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

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

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat/ Număr de identificare personal/ Cod unic de asigurare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr.crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

**) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-i se completează lunar 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară
 Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-i se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

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 MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA ASIGURAȚILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE

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

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat/ Cod unic de asigurare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr.crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014
 **) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014
 ***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014 coroborat cu precizările de la lit. A pct. 7 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014
 ****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-j se completează lunar în doua 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară
 Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-j se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

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 IN CADRUL
 PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ**

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

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

*) se trece nr.crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

**) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la lit. A, pct. 2 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 5 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

.....

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-k se completează lunar în doua 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, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-k se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

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

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

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

TOTAL GENERAL							X	X	X	
--------------------------	--	--	--	--	--	--	----------	----------	----------	--

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

*) conform art. 1 alin. (7) lit. a) din Anexa 11 la Ordinul nr. 619/360/2014 ;

***) conform lit. A, pct. 1, subpct. 1.10 din Anexa 10 la Ordinul nr. 619/360/2014 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 619/360/2014 ;

****) proceduri diagnostice / terapeutice/tratamente sunt cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpct. 1.7 din Anexa 10 la Ordinul nr. 619/360/2014;

*****) în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. 619/360/2014, pentru prestația medicului primar tariful consultației contractat se majorează cu 20%

*****) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (13) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. 619/360/2014

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

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

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de asigurare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr zile de tratament recomandate	Număr zile de tratament efectuate	Tarif *) pe zi de tratament	Sumă **) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
1.						
Subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal					X	
2.						
Subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal					X	
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal 1 + Subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal 2 +.....)					X	

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

*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de reabilitare medicală acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1, subpct. 1.12 din Anexa 10 la Ordinul nr. 619/360/2014 și art. 1 alin. (2) din Anexa 11 la Ordinul nr. 619/360/2014; Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (13) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. 619/360/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar 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.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2-1 se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2-1 se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic cu competență/atestat de studii
complementare

CNP medic de specialitate

1.1. Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură-consultatii din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic și decontate din fondul alocat asistenței medicale de reabilitare medicală

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

Nr. crt.	CNP / Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr consultații de acupunctură	Tarif *) pe consultație contractat	Sumă **) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL GENERAL		X		X	

*) tariful/consultație pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 10, subpct. 10.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 619/360/2014;

**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 619/360/2014;

1.2.Desfășurător lunar al serviciilor de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (cure finalizate) și decontate din fondul alocat asistenței medicale de reabilitare medicală

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

Nr. crt.	CNP / Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare asigurat	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr servicii de acupunctură - cazuri finalizate (cure de tratament)	Număr zile recomandate	Număr zile efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate	Tarif *) pe serviciu medical-caz,	Sumă **) (lei)	Motivul întreruperii curei ***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8=C4 x C7	C9
TOTAL GENERAL						x		x
Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4)							-	

*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la lit. B, pct. 10, subpct. 10.2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea cazurilor finalizate se realizează la tariful pe serviciu medical - caz contractat; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mic de 8,5, decontarea se realizează la tariful pe serviciu medical - caz rezultat conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 6 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifica motivul întreruperii curei de tratament conform art. art. 6 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-m se întocmesc în două exemplare din care un exemplar 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2-m se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea

Județul

4. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru servicii medicale de acupunctură din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie/medicilor din ambulatoriu

LUNA ANUL

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de asigurare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile de acupunctură
C1	C2	C3	C4

*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de asigurare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de asigurare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene, titulari de card sau beneficiari de formulare/documente europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

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

.....

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

**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 SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate - numai cazuri reinternate și transferate*)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL					

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

*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

**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 și raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:			ICM realizat ***)
		Nr. cazuri externate			
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate		
			Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză*)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
TOTAL SPITAL					

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătură electronică extinsă și se utilizează pentru regularizarea trimestrială conform art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

*) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 47 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

***) nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

***) ICM realizat este calculat pe baza cazurilor externate și validate, în perioada pentru care se face regularizarea;

**1.3 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ
FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	x

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic cu semnatura electronica extinsa; în coloanele C1 - C4 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2014, ora 10:50 se va completa 10.03.14.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul **invalidat**;
- „1” pentru cazul externat **validat**;
- „2” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;
- „3” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB

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

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

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

¹ Conform Anexei nr. 23 B II la Ordinul nr. 619/360/2014;

*) reprezintă diferența dintre numărul de zile de spitalizare realizate corespunzătoare fiecărei grupe de diagnostic și mediana aferentă aceleiași grupe de diagnostic prevăzută în Anexa nr. 23 B II la Ordinul nr. 619/360/2014.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.1 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	Tarif pe caz ponderat ²	Suma de plată*
C1	C2	C3	C4= C1 x C2 x C3

¹ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

² Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul de la pct. 1.1 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfasuratorul 1.1 din Anexa 3-b se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Nr. cazuri externate, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Nr. cazuri externate raportate și validate în luna anterioară ¹ reinternate și transferate	ICM contractat ²	Tarif pe caz ponderat ³	Suma realizată*	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ⁴
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7

¹ Conform raportului 1.1 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

² Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

³ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014; decontarea cazurilor prevăzute la art. 96 alin. (3), respectiv alin. (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin. (3), respectiv alin. (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

⁴ C7 reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C4 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea *) $C7 = (C1 - C2) \times C4 \times C5 - (C3 \times C4 \times C5 \times 50\%)$. Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-b (continuare) 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-b (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Data externării * (se raportează în ordine cronologică) – zz..ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Grupa DRG	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului	Tipul de caz externat (**)	Tarif pe caz ponderat ¹	Suma realizată****)	Suma contractată
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x			

¹ Conform Anexei nr. 23 A la Ordinul nr. 619/360/2014;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2014, ora 10:50 se va completa 10.03.14.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat **validat**;

- „2” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

- „3” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate;

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C7, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „2” conform formulei : $C9=C6 \times C8$;

cu cifra „3” conform formulei: $C9=C6 \times C8 \times 50\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor-

*****) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate raportate și validate de SNSPMPDSB și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3 din anexa 3 - a (continuare). Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG - urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Notă: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare) se întocmește trimestrial și se transmite electronic 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. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b (continuare) se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate raportate și validate de SNSPMPDSB, în limita sumei contractate*1)			Tarif pe caz ponderat *2)	Suma realizată*3)	Suma contractată
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate				
		Cazuri ponderate care au primit avizul comisiei de analiză*)	Cazuri ponderate fără avizul comisiei de analiză**)			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL				x		

*) Conform art. 9 alin. (3) și (4) din anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

***) Număr de cazuri care au fost raportate lunar, număr de cazuri care nu au mai fost raportate, număr de cazuri care au fost raportate de spital, dar care, ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

*1) Total col. C2 + total col. C3 + total col. C4 <= total col. C6 din desfășurătorul 1.3 din anexa 3-b (continuare).

*2) Conform anexei 17 23 A la Ordinul - nr. 619/360/2014;

*3) Suma realizată se calculează conform formulei $C6 = [(C2 + C3) \times C5] + (C4 \times C5 \times 50\%)$.

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. a) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTE:

1. Centralizatorul 1.3.1 din anexa 3-b (continuare) 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.

2. Centralizatorul 1.3.1 din anexa 3-b (continuare) se întocmește după validarea de către casa de asigurări de sănătate a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată.

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

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

1.1. a

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB		Nr. cazuri externate raportate si nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate	
TOTAL SPITAL				

*) Secții/compartimente din spitalele de cronici, recuperare, secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale.

1.1. b

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

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (**cod de secție 1222.1 și 1222.2**), pneumoftiziologie adulți și copii (**cod de secție 1301 și 1302**), psihiatrie cronici (**cod de secție 1333.1 1333.2 și 1343**) și TBC osteoarticular (**cod de secție 2263**), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

Anexa 3-c (continuare)

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

**1.2 RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE
PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....**

1.2. a

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB			Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză	
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente din spitalele de cronici, secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale.

1.2. b

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

*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (**cod de secție 1222.1 și 1222.2**), pneumoftiziologie adulți și copii (**cod de secție 1301 și 1302**), psihiatrie cronici (**cod de secție 1333.1 1333.2 și 1343**) și TBC osteoarticular (**cod de secție 2263**), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI
PRECUM SI PENTRU SECȚIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DIN ALTE SPITALE, PENTRU PERIOADA 1-15
LUNA.....ANUL.....**

Secție/compartiment*	Nr. cazuri externate realizate	Durata de spitalizare ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC3xC5 sau C6=C4 x C5
TOTAL SPITAL					

*) Secții/compartimente din spitalele de cronici, secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale.

) Se va completa lunar în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2**), pneumoftiziologie adulți și copii (**cod de secție 1301 și 1302**), psihiatrie cronici (**cod de secție 1333.1 1333.2 și 1343**) și TBC osteoarticular (**cod de secție 2263**), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr.17 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

¹ durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI
PRECUM SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DIN ALTE SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....**

1.2. a

Secția/ compartimentul*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curenta	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioara ¹	Nr. cazuri externate raportate și validate în luna anterioara ¹ (reinternate și transferate)	Durata de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6 - C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$
TOTAL SPITAL						

*) Secții/compartimente din spitalele de cronici, secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din alte spitale.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) b1) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; $C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6 - C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$.

¹ Conform tabelului 1.1.a din formularul 1.1 din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin.

² Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 619/360/2014 dacă durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin Ordinul nr. 619/360/2014

1.2.b

Secția/ compartiment*	Total zile spitalizare efectiv realizate **	Total zile spitalizare invalidate aferente lunii anterioare	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat	Suma realizată***
C1	C2	C3	C5 4	$C6 5 = (C2 - C3) \times C4$
TOTAL SPITAL				

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (**cod de secție 1222.1 și 1222.2**), pneumoftiziologie adulți și copii (**cod de secție 1301 și 1302**), psihiatrie cronici (**cod de secție 1333.1 1333.2 și 1343**) și TBC osteoarticular (**cod de secție 2263**), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

) Se va completa lunar în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2**), pneumoftiziologie adulți și copii (**cod de secție 1301 și 1302**), psihiatrie cronici (**cod de secție 1333.1 1333.2 și 1343**) și TBC osteoarticular (**cod de secție 2263**), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

***) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) punctul b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul. nr. 619/360/2014;

Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C7 din tabelul 1.2.a +col. C5 din și 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) punctul b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014, din care se scade suma din coloana C6 din desfășurătorul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.	Suma rămasă de plată pentru luna curentă
---	---

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Anexa 3-d (continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, 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**
C0	C1	C2	C3	$C4=C1 \times C3$	$C5=C2 \times C3$
TOTAL SPITAL					

*) Compartimente de îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) punctul b2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.4 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE IN SPITALELE DE CRONICI SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DIN ALTE SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

1.4.a

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ (fără reinternate și transferate)	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ reinternate și transferate care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, raportate și validate ¹ reinternate și transferate fără avizul comisiei de analiză	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat	Suma realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2+C3) \times C5 \times C6 + C4 \times C5 \times C6 \times 50\%$
TOTAL SPITAL				x	x	

*) Secții/compartimente din spitalele de cronici, secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului. aprobată/avizată de MS din alte spitale.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. b) b1) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

¹ Conform tabelului 1.2.a din formularul 1.2 din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin.

² Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul nr. 619/360/2014 dacă durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS și de SNSPMPDSB este mai mare decât aceasta sau durata medie efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS și de SNSPMPDSB dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordinul nr. 619/360/2014.

1.4.b

Secția/ compartiment*)	Total zile spitalizare efectiv realizate	Total zile spitalizare invalidate aferente perioadei raportate	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment contractat [†]	Suma realizată**
C1	C2	C3	C5 4	$C6 5 = (C2 - C3) \times C4$
TOTAL SPITAL			x	

*) în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitățile de gradul II și III (**cod de secție 1222.1 și 1222.2**), pneumoftiziologie adulți și copii (**cod de secție 1301 și 1302**), psihiatrie cronici (**cod de secție 1333.1 1333.2 și 1343**) și TBC osteoarticular (**cod de secție 2263**), serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) b1) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 1.4 din Anexa 3-d se întocmește trimestrial în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

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

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

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate**	
TOTAL SPITAL				

*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății din spitale de cronici și de recuperare

Formularele se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, electronic;

**) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

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

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic; În coloanele C1÷C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2013, ora 10:50 se va completa 10.03.13.10:50)

**) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „0” pentru cazul **invalidat**;

- „1” pentru cazul externat **validat**;

- „2” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014;

- „3” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate, în format electronic;

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

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

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB:		
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate**))	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**))	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**))
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

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

*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale de cronici și de recuperare

**) conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
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 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, 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**
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din spitale de cronici, de recuperare

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2), din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, 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 în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Nr. cazuri externate, raportate și validate în luna anterioară ¹ (reinternate și transferate)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat**	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = (C2 - C3) \times C5 - C4 \times C5 \times 50\%$	C7
TOTAL SPITAL						

*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din spitale de cronici, de recuperare

**) conform art. 5 alin. (1) lit. a), punctul a6) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014; decontarea cazurilor prevăzute la art. 96 alin. (3), respectiv la alin. (4) din H.G. nr. 400/2014, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 9 alin. (3), respectiv la alin. (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 619/360/2014;

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;

¹ Conform raportului 1.1 din Anexa nr. 3-e la prezentul ordin

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C4 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

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

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Data externării *) - se raportează în ordine cronologică - zz.ll.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul	Tipul de caz externat **)	Tarif mediu pe caz rezolvat contractat	Suma realizată****
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	***)	x	x	x	x	

Informațiile din formulare se transmit de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) către spital și casele de asigurări de sănătate în format electronic; În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate și raportate la SNSPMPDSB

*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului și până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 martie 2013, ora 10:50 se va completa 10.03.13.10:50)

***) Tipul de caz externat, raportat la SNSPMPDSB, se completează după caz, astfel:

- „1” pentru cazul externat **validat**;
- „2” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014;
- „3” pentru cazul externat **validat**, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

***) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate

****) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel:

cu cifra „1” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „2” conform formulei : $C7=C6$;

cu cifra „3” conform formulei: $C7=C6 \times 50\%$;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Notă: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f se întocmește trimestrial și se transmite electronic 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.

Anexa 3-f (continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.3.1 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 23 A LA ORDINUL NR. 619/360/2014, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB corespunzătoare sumei contractate:			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată**
	Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL				x		

*) Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS din spitale de cronici, de recuperare

***) Suma realizată se calculează conform formulei $C7 = [(C2+C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 50\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. c) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014; Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: 1. Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f (continuare) se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

2. Centralizatorul 1.3.1 din Anexa 3-f (continuare) se întocmește după validarea de către CAS a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată.

Anexa 3-g

RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI..... PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....

Date de identificare al cazului externat invalidat						REGULI DE VALIDARE*																																							
Nr. crt.	Nume secție	Nr. secție	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Grupa A										Grupa B																													
						01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																				

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

*) conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continuă și de zi precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea.

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

**1.1 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate si nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

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

**1.1 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ
AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	x			

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

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

**1.1 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
LUNA ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

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

**1.2 A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL	x		

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

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

**1.2 B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL	x		

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

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

**1. 2 C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE
BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL.....**

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la SNSPMPDSB	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB
C1	C2	C3
TOTAL SPITAL		

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

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

ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
ȘI PERFEȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI
Director general

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**2.1 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI AL SPITALULUI
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA.....ANUL.....**

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	x		x	

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 15 alin. (2) din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Centralizatorul 2.1 din Anexa 3-h (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa 3-h (continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**2.2 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
 ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI AL SPITALULUI
 PENTRU LUNA.....ANUL.....**

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate în luna curentă	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate în luna anterioara ¹	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma realizată**	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	C5	C6= (C3-C4)x C5	C7
						x
						x
						x
TOTAL SPITAL	x			x		

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

¹ Conform raportului 1.1 A din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din centralizatorul 2.2 A din Anexa nr. 3-h (continuare) și suma din col. C5 din centralizatorul 2.1 A din Anexa nr. 3-h (continuare) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma realizată**	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	C5	$C6 = (C3 - C4) \times C5$	C7
						x
						x
						x
TOTAL SPITAL	x			x		

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

¹ Conform raportului 1.1 B din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C6 din centralizatorul 2.2 B din Anexa nr. 3-h (continuare) și suma din col. C5 din centralizatorul 2.1 B din Anexa nr. 3-h (continuare) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi realizate	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma realizată**	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ²
C1	C2	C3	C4	$C5 = (C2-C3) \times C4$	C6
					x
					x
					x
TOTAL SPITAL			x		

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014.

¹ Conform raportului 1.1 C din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

² Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 din centralizatorul 2.2 C din Anexa nr. 3-h (continuare) și suma din col. C4 din centralizatorul 2.1 C din Anexa nr. 3-h (continuare) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Centralizatorul 2.2 din Anexa 3-h (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa 3-h (continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**2.3 CENTRALIZATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE
ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI AL SPITALULUI
PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....**

A. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL

Denumire afecțiune (diagnostic) *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB ¹	Tarif pe caz rezolvat medical contractat	Suma contractată	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC4
				x	
				x	
				x	
TOTAL SPITAL	x		x		

*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 2 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

¹ Conform raportului 1.2 A din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

B. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB ¹	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală contractat	Suma contractată	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC4
				x	
				x	
				x	
TOTAL SPITAL	x		x		

*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

¹ Conform raportului 1.2 B din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

C. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate de SNSPMPDSB ¹	Tarif pe serviciu medical contractat	Suma contractată	Suma realizată**
C1	C2	C3	C4	C5 = C2xC3
			x	
			x	
			x	
TOTAL SPITAL		x		

*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la Capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014.

**) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1) lit. h) punctul 1 din Anexa nr. 23 la Ordinul nr. 619/360/2014. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

¹ Conform raportului 1.2 C din Anexa nr. 3-h (continuare) la prezentul ordin.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Centralizatorul 2.3 din Anexa 3-h (continuare) se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa 3-i

**RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE
 ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI.....
 PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....**

Date de identificare al cazului/serviciului invalidat						REGULI DE VALIDARE*																																					
Nr. crt.	Cod de identificare a cazului	Codul specific de identificare a vizitei	Numărul fișei de spitalizare de zi	Codul de identificare a secției	Tipul de serviciu de spitalizare de zi	Grupa C																																					
						01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																					

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

*) conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

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

Luna/TrimAnul.....

Nr. crt.	Autoturism transport/mijloc de intervenție transport pe apă pentru consultatii de urgenta la domiciliu	Tip serviciu - consultatie de urgenta la domiciliu conform lit.A pct.1 și lit.B pct.1 din Anexa 27 la Ordinul nr. 619/360/2014	Nr. solicitări		Tarif pe solicitare minim negociat*)	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 de urgenta la domiciliu acordate de medicii din unitatile medicale specializate private					x			
TOTAL(subtot. 1+ subtot. 2)					x			

*) Se stabileste în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 1 din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 619/360/2014 și în limita tarifelor maxime prevazute la art. 8 alin.(1) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 alin. (2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 619/360/2014

1.2. Evidenta dupa cod numeric personal/cod unic de asigurare /numar de identificare personal, a serviciilor - consultatii de urgenta la domiciliu efectuate de către unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private

Luna/TrimAnul.....

Nr. crt.	Tip serviciu - consultatie de urgenta la domiciliu conform lit.A pct.1 și lit.B pct.1 din Anexa 27 la Ordinul nr. 619/360/2014	CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal*)	
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale
C1	C2	C3	C4
TOTAL		X	

*) Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul / codul unic de asigurare din motive justificate se va completa cu 000000000000

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

Notă:

1.Desfășurătoarele din Anexa 4-c se întocmesc de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, 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 consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 4-c se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

2.Desfășurătoarele 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/îngrijiri paliative la domiciliu.....
Localitatea.....
Județul.....

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

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP / Numar de identificare personal/Cod unic de asigurare asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data inceperii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfarsitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/îngrijirile paliative la domiciliu*)	Tarif **) /zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
1									
Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1								x	
2									
Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2								x	
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 1 + Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 2 +.....)								x	

*) Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-a

Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-a

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a

**) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt prevăzut/prevăzute în decizia pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate și stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art.2 alin. (2), art. 5 alin.(2) și art. 9 alin.(3), alin.(4), alin.(5) și alin.(6) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 ;

***) Conform art. 9 alin.(3), alin.(4), alin.(5) și alin.(6) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Note:

1. Desfășurătorul din Anexa 5-b se întocmește lunar 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/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

2. Desfășurătorul din Anexa 5-b se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu
Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 5-b se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

1.1 Desfășurătorul serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

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

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	% **) decontat de CAS	Suma contractată (***)	Total sumă realizată (****)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C4xC5xC6
1.	Servicii de reabilitare medicală				65%		
					100%		
	TOTAL			X	X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin. (2) lit. b) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

**) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

***) Reprezintă suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților, conform art.1 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

****) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 alin. (2) din Anexa nr. 34 la Ordinul nr. 619/360/2014; Col. C8 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

1.2 Desfășurătorul C.N.P.- urilor / Codurilor unice de asigurare/Numerele de identificare personale, beneficiare de servicii medicale de reabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

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

Nr. crt.	C.N.P. / Cod unic de asigurare / Numar de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	%*) decontat de CAS
C1	C2	C3	C4
	TOTAL		X

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc 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 reabilitare medicală.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 6-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

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

1.1 Desfășurătorul serviciilor medicale de recuperare acordate în sanatorii (altele decât cele balneare) / secții sanatoriale din spitale și în preventorii

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

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *)	Suma contractata	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5	C7 = C4xC5
	TOTAL			X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin. (2) lit. b) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 și art.6 alin.(2) din Anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 ;

1.2 Desfășurătorul C.N.P.-urilor/ Codurilor unice de asigurare/Numerele de identificare personale, beneficiare de servicii medicale de recuperare acordate în sanatorii, secții sanatoriale din spitale și în preventorii

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

Nr. crt.	C.N.P. / Cod unic de asigurare / Numar de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate
C1	C2	C3
	TOTAL	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc 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.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 6-b se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie

(nume prenume)

CNP medic de familie

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

I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI, AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ -					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică.

Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

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

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie *)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				

6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 2				
TOTAL				

*) Conform Anexei 2-D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. Formularele din Anexa 7-a se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul 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 în asistența medicală primară. **Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din Anexa 7-a se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.**

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări
de sănătate

.....

Data:

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate.....
 Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate din ambulatoriu

 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate din ambulatoriu

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

I. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

Nr. Crt.	Cod numeric personal / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	Vârsta *)	Codul categoriei din care face parte asiguratul**)	Data intrării în evidența medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de specialitate din ambulatoriu
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					

2.					
...					
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI, CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ,					
1. HTA					
1.					
2.					
...					
2. DIABET ZAHARAT TIP II					
1.					
2.					
...					
3. DISLIPIDEMIE					
1.					
2.					
...					
4. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)					
1.					
2.					
...					
5. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică.

Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

II . Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice in evidenta medicului de specialitate din ambulatoriu

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu*)	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI,				

CARE SE PREZINTĂ CU BILET DE TRIMITERE DE LA MEDICUL DE FAMILIE PE CARE ESTE EVIDENȚIAT MANAGEMENT DE CAZ,				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 2				
TOTAL				

*) Conform Anexei 2-D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

3. Formularele din Anexa 7-b se întocmesc lunar în 2 exemplare din care unul 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 în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, formularele din Anexa 7-b se transmit la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări

de sănătate

.....

Data: