

**DISPOZIȚII GENERALE**

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării, sau modificat ulterior prin act adițional, după caz.

5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope se aprobă conform Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, pe care furnizorii au obligația să le completeze corect și la zi includ și evidențele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.

În situația în care furnizorii utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor.

10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice.

11. Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face la momentul acordării serviciului, astfel:

11.1. În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciului examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris pe lista medicului de familie, pentru care nu este necesară prezentarea cardului.

11.2 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului.

11.3 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie și pentru acupunctură utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet la momentul acordării

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament

11.4 În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.5 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6 În asistența medicală spitalicească utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internarea și externarea din spital, cu excepția următoarelor situații:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgență medico-chirurgicală

- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital și la internare ca și caz transferat

- la externare pentru situațiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului  
- la internare și la externare pentru pacienții din secțiile de psihiatrie, internați prin procedură de internare nevoluntară – consemnată în foaia de observație la motivele internării.

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepția situațiilor în care criteriul de internare este urgență medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

11.7 Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

11.8 În asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, în sanatorii și preventorii utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internare și externare.

11.9 Pentru dispozitive medicale, este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul medical se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale. În situația în care ridicarea dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale se face de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal - prin procură notarială, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat prezentarea cardului nu este necesară; confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia - membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, seria și numărul actului de identitate sau după caz, a pașaportului persoanei care semnează de primire.

11.10 Pentru medicamente cu și fără contribuție personală, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripției; În situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitudinii sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card.

12. Informații referitoare la utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt postate pe site-ul [www.cnas.ro](http://www.cnas.ro).

13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale nu sunt aplicabile situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare.

14. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al

reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul.

Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, prezintă în prealabil la casa de asigurari de sănătate la care este luata în evidența persoana pe care o reprezintă documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidențele proprii ale casei de asigurări de sănătate.

15. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată;

Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor medicale eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

15.1. În asistența medicală primară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

15.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

15.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie și pentru acupunctură - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării;

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament: pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei de tratament/zilei în care se acordă servicii de acupunctură.

15.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

15.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator: în maximum 3 zile lucrătoare de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, și pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale. Reglementarea nu se aplică pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

15.6. În asistența medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 3 zile lucrătoare de la data vizitei.

15.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri, în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei în care au fost acordate îngrijirile.

15.8. Pentru unitățile specializate - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

15.9. În asistența medicală de recuperare, în sanatorii și preventorii: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din sanatoriu/preventoriu.

15.10. Pentru dispozitive medicale: în maximum 3 zile lucrătoare de la data ridicării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal - prin procură notarială. În situația în care dispozitivul medical se expediază prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical.