

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE

ORDIN NR. 24/30.01.2012

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 Direcției Generale Relații Contractuale nr. DGC/3/30.01.2012

În temeiul prevederilor:

- Art. 139 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare

- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012

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

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. - (1) Se aprobă 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 j ;

(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 m;

(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 k;

(4) Se aprobă documentele justificative-formulare, unice pe țară, fără regim special care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar, în vederea decontării lunare și trimestriale de către casele de

asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 4 a - 4 d ;

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

(6) Se aprobă 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 anexei nr. 6 a - 6b;

(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 anexei nr. 7a - 7b;

(8) Formularele menționate la alineatele (1) ÷ (7) se utilizează împreună cu formularele tipizate de „Factură”, fără TVA, întocmite conform prevederilor Codului fiscal aprobat prin Legea nr. 571/2003, cu modificările și completările ulterioare și al Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 2226/2006 privind utilizarea unor formulare financiar – contabile de către persoanele prevăzute la art. 1 din Legea contabilității nr. 82/1991, republicată.

Art. 2. - (1) Anexele 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, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, potrivit documentelor justificative aprobate prin prezentul Ordin.

Art. 4. - (1) Desfășurătoarele cuprinse în prezentul ordin se vor completa separat pentru asigurați, pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, precum și 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.

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

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

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

c) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara – membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate/formularul european emis în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate;

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

Art. 5. – Pentru asigurații aflați în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, în desfășurătoarele cuprinse în anexele 1 – 7, „ CNP - ul” se înlocuiește cu „Cod unic de asigurare”.

Art. 6. - La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 571 din 27.06.2011 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, 460 și nr. 460 bis din 30 iunie 2011, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 7. - Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului vor aduce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 8. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PRESEDINTE,

Dr. Nicolae Lucian DUȚĂ

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE
PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA, RESPECTIV
PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE
CARE SE ASIGURA FACULTATIV**

Grupa de vârstă*)

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

*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012

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	Adresa	Vârsta împlinită *	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
: N							

*) 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. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012

Notă:

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

Formularele din Anexa 1-a vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medici nou veniți și numai în format electronic pentru 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 ambele liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularul I din Anexa 1-a se întocmește 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).

Formularul I din Anexa 1-a va fi raportat 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), indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie.”

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	01
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	02*
Salariat	03
Pensionar cu venituri mai mici de 740 lei, care nu se încadrează la categoria "Pensionar de invaliditate"	04.1
Pensionar de invaliditate	05
Șomer sau beneficiar alocație de sprijin	06
Tineri cu vârsta 18-26 ani care sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă	07
Persoane cu handicap cu vârsta de peste 18 ani, care nu realizează venituri	08
Soț, soție, părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	09
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 începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare	10
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	11
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	12.1
Pensionari cu venituri din pensii care depășesc 740 lei	13.2
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	14
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	15.1
Liber profesioniști	16
Persoane care au dobândit calitatea de asigurat în baza contribuției la asigurările de sănătate stabilite în raport cu venitul din agricultura	17
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență	18*
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	19
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a	20

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	
Alte categorii de asigurați plătitori	21.1
Femei însărcinate sau lăuze, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară	22
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse	23
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 și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;	24.1
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	24.2
Lucrători migranți, cu domiciliul sau reședința în România	25
Persoane cu venituri din chirii	26
Persoane cu venituri din dividende	27
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală	28
Persoane care realizează alte venituri impozabile reglementate de Legea nr. 571/2003 privind Codul Fiscal, cu modificările și completările ulterioare, art. 257 alin.(2) lit. f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare	29
Persoane care se asigură facultativ	30
Persoanele care se află în concediu și indemnizație 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 sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;	31.1
Persoanele asigurate potrivit art. 259 alin.9 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare	32
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	33
Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte	34
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	35

* 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

Casa de asigurări de sănătate

.....
Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

**I. DESFĂȘURĂTORUL CUPRINZÂND MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR
BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, RESPECTIV
PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ
FACULTATIV, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE ÎN LUNA.....
ANUL.....**

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

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

B. Recapitulăția asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
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				
60 ani și peste – total din care:				
persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență				
TOTAL				

La grupa de vârstă 4-59: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament + nr. pensionarilor de invaliditate+ nr. persoanelor din centrele de îngrijire și asistență

**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	Adresa	Vârsta împlinită *	Data înscrierii pe listă	Data ieșirii de pe listă	Semnătura persoanei sau după caz a aparținătorului legal
1							
2							
....							

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă:

Mișcarea asiguraților pe grupe de vârstă se 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.

2. Datele din listă se vor completa cu majuscule.

3. Formularul de la pct. I, lit. A din Anexa 1-c se întocmește 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).

Formularul de la pct. I, lit. A din Anexa 1-c va fi raportat lunar pe suport de hârtie și în format electronic, pe durata de derulare a actului adițional la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis)."

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume prenume)

CNP medic de familie.....

DESFĂȘURĂTORUL
punctajului activității lunare a medicului de familie
LUNA..... ANUL.....

1. Numărul de puncte „per capita”

Grupa de vârstă	Nr.puncte*/pers./an	Nr. persoane asigurate existente** în ultima zi a lunii precedente	Nr. puncte realizat (col.2 x col.3)
1	2	3	4
0-3 ani			
4-59 ani			
60 ani și peste			
TOTAL	X		

*) conform art. 1 alin.(2) lit. a) , pct. 1 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) conform art. 1 alin.(2) lit. a) pct. 2 din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011, 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.

Număr puncte pentru calculul sumei cuvenite :

I.) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie este mai mic sau egal 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează :
 Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II.) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați înscrși de pe listă, astfel:

2.200

Nr. puncte de decontat = Total col. 4 x $\frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

2.200

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
(număr asigurați înscrși – 2.200)

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

2.200

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

(4.000 – 2.200)

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

d) În situația în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ teritorială/zonă cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

2.200

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

(număr asigurați înscrși – 2.200)

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{-----}}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

III.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate – unitate administrativ teritorială/zonă (oraș, comună) în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 cu modificările și completările ulterioare:
Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) sau d) =

IV.) Pentru medicii nou veniți într-o localitate– unitate administrativ teritorială/zonă (oraș, comună) în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare:
Numărul total de puncte rezultat conform pct. I sau pct. II lit. a) sau b) sau c) sau d) =

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. II , lit.d) /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 :		Condiții în care se desfășoară activitatea cabinetului (col. 1x procent de majorare sau col.2 x procent de majorare)	Condiții în care se desfășoară activitatea pct.de lucru (col.3 x procent de majorare)	Majorarea / diminuarea numărului de puncte "per capita" în funcție de gradul profesional (col.1 x procent de majorare/ diminuare)	Total număr de puncte lunar (col.1+col.4 ± col.6 sau col.2 + col.3 + col.4+col.5± col.6)
	Număr de puncte "per capita" pentru cabinet (col.1 x Nr. ore din lună aferent cabinet/Nr.total ore din lună)	Număr de puncte "per capita" pentru pct.lucru (col.1 x Nr.ore din lună aferent pct. lucru/Nr.total ore din lună)				
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

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

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 pct.2. col.7	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	Denumire imunizare	Număr imunizări	Nr. puncte ¹ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4	5	6 = 4x5
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală ²	X	X			
B. Servicii medicale profilactice /de prevenție:	X	X	X	X	X
1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț (consultația include și inocularea ³):	X	X	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					
2. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț (consultația nu include și inocularea ³):	X	X	X	X	X
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	X	X			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului	X	X			
c) la 2 luni	X	X			
d) la 4 luni	X	X			
e) la 6 luni	X	X			
f) la 9 luni	X	X			
g) la 12 luni	X	X			
h) la 15 luni	X	X			
i) la 18 luni	X	X			
j) la 24 luni	X	X			
k) la 36 luni	X	X			
3. Consultații pentru servicii medicale de prevenție(consultația include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;					
b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;					
4. Consultații pentru servicii medicale de prevenție(consultația nu include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;	X	X			
b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;	X	X			
5. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei (consultația include și inocularea ⁵):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;					
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.					
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a					

inclusiv;					
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;					
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.					
6. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei (consultația nu include și inocularea ⁵):	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) luarea în evidență în primul trimestru;	<i>X</i>	<i>X</i>			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	<i>X</i>	<i>X</i>			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	<i>X</i>	<i>X</i>			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	<i>X</i>	<i>X</i>			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.	<i>X</i>	<i>X</i>			
7.1 Imunizări (consultație, inclusiv inoculare ⁶) conform programului național de imunizare:	<i>X</i>	<i>X</i>			
a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinați în maternitate	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
c) antihepatită B;	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
d) antipoliomielitică;	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
e) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive;	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
f) împotriva rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice;	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
g) împotriva infecției cu Haemophilus influenzae tip B.	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
7.2. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare ⁶):	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;	<i>X</i>	<i>X</i>			
b) testarea PPD.	<i>X</i>	<i>X</i>			
7.3. Vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la pct. 7.1 și 7.2 (consultație, inclusiv inoculare ⁶) (se detaliază mai jos, pe fiecare tip) :	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
	<i>X</i>	<i>X</i>			
	<i>X</i>	<i>X</i>			
8. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ⁷ (examen	<i>X</i>	<i>X</i>			

clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).					
9. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁸ – consilierea femeii privind planificarea familială	X	X			
10. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁸ – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la peronele fără risc	X	X			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X	X	X
a) consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute	X	X			
b) consultație în caz de boală pentru afecțiuni subacute	X	X			
c) consultație în caz de boală pentru afecțiuni cronice programabile ⁹	X	X			
D. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X			
E. Eliberare certificat constatator de deces	X	X			
TOTAL PACHET BAZA	X		X		

Precizări:

¹⁾ conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011

²⁾ Conform Cap. III, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011

³⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.1 NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice vârstei. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și examen de bilanț pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011

⁴⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.2 NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice vârstei. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și examen de bilanț/control medical periodic, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea;

⁵⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.3 NOTA 3 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice perioadei de sarcină și lăuzie. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea;

⁶⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.4 NOTA 1 și NOTA 2 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația, inclusiv inocularea se raportează și decontează numai pentru situațiile în care inoculările nu au fost efectuate în condițiile prevăzute la Nota de la pct. 1, Nota de la pct. 2 și Nota 3 de la pct. 3 de la lit. B, Cap. III din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011. În cazul imunizărilor efectuate conform programului național de imunizare, în situația în care în cadrul unei consultații se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultație.

⁷⁾ Se raportează conform Cap. III, lit. B, pct.5 NOTA; 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;

⁸⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.6 NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ;

⁹⁾ conform Cap. III, lit. C, NOTA 7 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ;

Notă: Desfășurătorul de la punctul 4 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 la lit. A, B, C ale Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

În cazul imunizărilor se atașează lista cuprinzând raportările nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate;

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

Denumirea serviciului medical	Denumire imunizare	Număr imunizări	Nr. puncte ¹ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6 = 4x5</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală ²	X	X			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) 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).	X	X			
C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare(consultația include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;					
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.					
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv					
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;					
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;					
D. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare(consultația nu include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;	X	X			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	X	X			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a	X	X			

9-a inclusiv					
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	X	X			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;	X	X			
E.I. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare) conform programului național de imunizare ⁵ :	X	X			
a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinați în maternitate;	X		X	X	X
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;	X		X	X	X
c) antihepatită B;	X		X	X	X
d) antipoliomielitică;	X		X	X	X
e) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive;	X		X	X	X
f) împotriva rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice;	X		X	X	X
g) împotriva infecției cu Haemophilus influenzae tip B.	X		X	X	X
E. II. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare):	X	X	X	X	X
a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;	X	X			
b) testarea PPD.	X	X			
F. Eliberare certificat constatator de deces	X	X			
G.1. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁶ – consilierea femeii privind planificarea familială	X	X			
G.2. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁶ – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc	X	X			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		X		

Precizări:

¹⁾ conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011.

²⁾ Conform Cap. I, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011; De asemenea sunt cuprinse și consultațiile acordate conform prevederilor Cap. I lit. D, NOTA 1 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, potrivit cărora în situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și consultație de urgență pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperetele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011.

³⁾ Se raportează conform Cap. I, lit. B, NOTA; 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 Cap. I, lit. C NOTA 3 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice perioadei de sarcină și lăuzie. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, atât pentru cazurile justificate

medical, dacă se încadrează în repererele prevăzute la Lista C din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea;

⁵⁾ conform Cap. I, lit. D NOTA 2 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, în cazul imunizărilor efectuate conform programului național de imunizare, în situația în care în cadrul unei consultații se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultație.

⁶⁾ conform Cap. I lit. F NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011.

Note: 1. 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 la lit. A, B, C ale Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

În cazul imunizărilor se atașează lista cuprinzând raportările nominale și pe cod numeric personal (CNP) a vaccinarilor efectuate;

2. Desfășurătorul de la punctul 5 se completează distinct pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. I din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011 în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. În această situație desfășurătorul 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, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

6. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

Denumirea serviciului medical	Denumire imunizare	Număr imunizări	Nr. puncte ¹ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4	5	6 =4x5
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală ²	X	X			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) 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).	X	X			
C. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare(consultația include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;					
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.					
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv					
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;					

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;					
D. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare(consultația nu include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;	X	X			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	X	X			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv	X	X			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	X	X			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;	X	X			
E.I Imunizări (consultație, inclusiv inoculare) conform programului național de imunizare ⁵ :	X	X			
a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinați în maternitate;	X		X	X	X
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;	X		X	X	X
c) antihepatită B;	X		X	X	X
d) antipoliomielitică;	X		X	X	X
e) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive;	X		X	X	X
f) împotriva rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice;	X		X	X	X
g) împotriva infecției cu Haemophilus influenzae tip B.	X		X	X	X
E. II. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare):	X	X	X	X	X
a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;	X	X			
b) testarea PPD.	X	X			
F. Eliberare certificat constatator de deces	X	X			
G.1. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁶ – consilierea femeii privind planificarea familială	X	X			
G.2. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁶ – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc	X	X			

H. Servicii medicale curative:	X	X			
a) consultație pentru afecțiuni acute	X	X			
b) consultație pentru afecțiuni subacute	X	X			
TOTAL PACHET SERVICII PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV	X		X		

Precizări :

¹⁾ conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011.

²⁾ Conform Cap. II, lit. A NOTA 4 și NOTA 5 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011; De asemenea sunt cuprinse și consultațiile acordate conform prevederilor Cap. II, lit. D NOTA 1 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, potrivit cărora în situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și consultație de urgență pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

³⁾ Se raportează conform Cap. II, lit. B, NOTA; 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 stagiu de cotizare;

⁴⁾ conform Cap. II, lit. C NOTA 3 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice perioadei de sarcină și lăuzie. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea;

⁵⁾ conform Cap. II, lit. D NOTA 2 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, în cazul imunizărilor efectuate conform programului național de imunizare, în situația în care în cadrul unei consultații se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultație.

⁶⁾ conform Cap. II, lit. F NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Notă: Desfășurătorul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanelor beneficiare, 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 la lit. A, B, C ale Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

În cazul imunizărilor se atașează lista cuprinzand raportarile nominale si pe cod de identificare a persoanelor beneficiare, a vaccinarilor efectuate;

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și acordate pacienților (titulari de card european de asigurări sociale de sănătate) din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European:

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte 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			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ² (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
a) consultație pentru afecțiuni acute			

b) consultație pentru afecțiuni subacute			
TOTAL	X		

Precizare:

¹⁾ conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011

²⁾ Se raportează conform Cap. I, lit. B, NOTA; 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 stagiu 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 – membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis cardul, codul de identificare al acestei instituții

8. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității

Denumirea serviciului medical	Denumire imunizare	Număr imunizări	Nr. puncte ¹ pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6 = 4x5</i>
A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	X	X			
B. Servicii medicale profilactice /de prevenție:	X	X	X	X	X
1. Consultații pentru urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț (consultația include și inocularea ²⁾):	X	X	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					
2. Consultații pentru urmărirea	X	X	X	X	X

dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț (consultația nu include și inocularea ²):					
a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	X	X			
b) la 1 lună - la domiciliul copilului	X	X			
c) la 2 luni	X	X			
d) la 4 luni	X	X			
e) la 6 luni	X	X			
f) la 9 luni	X	X			
g) la 12 luni	X	X			
h) la 15 luni	X	X			
i) la 18 luni	X	X			
j) la 24 luni	X	X			
k) la 36 luni	X	X			
3. Consultații pentru servicii medicale de prevenție(consultația include și inocularea ³):	X	X	X	X	X
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;					
b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;					
4. Consultații pentru servicii medicale de prevenție(consultația nu include și inocularea ³):	X	X	X	X	X
a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;	X	X			
b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;	X	X			
5. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei (consultația include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;					
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.					
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;					
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;					
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.					
6. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei (consultația nu include și inocularea ⁴):	X	X	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;	X	X			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	X	X			

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	X	X			
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	X	X			
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere.	X	X			
7.1 Imunizări (consultație, inclusiv inoculare ⁵) conform programului național de imunizare :	X	X			
a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinați în maternitate	X		X	X	X
b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;	X		X	X	X
c) antihepatită B;	X		X	X	X
d) antipoliomielitică;	X		X	X	X
e) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive;	X		X	X	X
f) împotriva rujeolei, rubeolei și parotiditei epidemice;	X		X	X	X
g) împotriva infecției cu Haemophilus influenzae tip B.	X		X	X	X
7.2. Imunizări (consultație, inclusiv inoculare ⁵):	X	X	X	X	X
a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;	X	X			
b) testarea PPD.	X	X			
7.3. Vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la pct. 7.1 și 7.2 (consultație, inclusiv inoculare ⁵) (se detaliază mai jos, pe fiecare tip) :	X	X	X	X	X
	X	X			
	X	X			
8. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic ⁶ (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).	X	X			
9. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁷ – consilierea femeii privind planificarea familială	X	X			
10. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială ⁷ – consilierea femeii privind planificarea familială și indicarea unei metode	X	X			

contraceptive la peroarele fără risc					
C. Servicii medicale curative:	X	X	X	X	X
a) consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute	X	X			
b) consultație în caz de boală pentru afecțiuni subacute	X	X			
c) consultație în caz de boală pentru afecțiuni cronice programabile ⁸	X	X			
D. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X			
TOTAL	X		X		

Precizări:

¹⁾ conform art. 1 alin.(3) lit. a) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011

²⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.1 NOTA 1 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice vârstei. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și examen de bilanț pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperatele prevăzute la lit. C a Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

³⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.2 NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice vârstei. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și examen de bilanț/control medical periodic, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperatele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea;

⁴⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.3 NOTA 3 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația cuprinde și inocularea pentru imunizările specifice perioadei de sarcină și lăuzie. În situația în care consultația nu include inocularea, se poate raporta doar consultația ca și monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperatele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cât și pentru cazurile care nu presupuneau și inocularea;

⁵⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.4 NOTA 1 și NOTA 2 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011, consultația, inclusiv inocularea se raportează și decontează numai pentru situațiile în care inoculările nu au fost efectuate în condițiile prevăzute la Nota de la pct. 1, Nota de la pct. 2 și Nota 3 de la pct. 3 de la lit. B, Cap. III din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011. În cazul imunizărilor efectuate conform programului național de imunizare, în situația în care în cadrul unei consultații se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultație.

⁶⁾ Se raportează conform Cap. III, lit. B, pct.5 NOTA; 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 stagiu de cotizare;

⁷⁾ conform Cap. III, lit. B, pct.6 NOTA din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011.

⁸⁾ conform Cap. III, lit. C, NOTA 7 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Notă: Desfășurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara – membră a Uniunii Europene, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul, codul de identificare al acestei instituții; 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 la lit. A, B, C ale Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011; În cazul imunizărilor se atașează lista cuprinzând raportările nominale și pe cod de identificare a persoanelor beneficiare, a vaccinarilor efectuate;

9. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total col. 6 de la pct.4 + total col.6 de la pct. 5 + total col. 6 de la pct. 5 (completat pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății) + total col. 6 de la pct. 6 + total col.4 de la pct. 7 + total col.6 de la pct. 8

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

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.

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 unui punct
pentru plata pe serviciu medical**

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

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

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

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

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
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 (oraș, comuna) 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. 31 alin.1) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare

** Conform art. 31 alin.1), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare

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 (oraș, comuna), 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. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

** Conform art. 31 alin.(1), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
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.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

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 (oraș, comuna), 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. 31 alin.(1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare

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.

Casa de asigurări de sănătate

.....

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

Localitate.....

Județ..... Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

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

Denumirea serviciului medical*)	Număr servicii medicale	Nr. CNP –uri beneficiare
1. Consultații pentru servicii medicale de prevenție - supravegherea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor		
2. Servicii de promovare a sănătății: educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.		
3. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice - asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în Anexa nr.39 A la Ordinul nr. 1723/950/2011;	**)	**)
4. Activități de suport - eliberare de acte medicale:	x	x
a) certificate de concediu medical		
b) bilete de trimitere		
c) prescripții medicale		
d) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
e) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului		
f) documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate		

*) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin.(2) lit. e) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012.

**) pentru evidența specifică a acestor bolnavi se utilizează formularele de raportare din Anexa 7-a și Anexa 7-b din prezentul ordin.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul din Anexa 1-i 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 contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară .

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 PRIVIND IMUNIZĂRILE EFECTUATE*

Nr. crt.	Numele și prenumele	Codul numeric personal	Tipul imunizării**
1		
2		
...		

*) Desfășurătorul va cuprinde imunizările efectuate de către medicii de familie desemnați la începutul anului de direcțiile de sănătate publică în unitățile de învățământ în care nu există medic școlar sau în centrele de vaccinare, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale, conform art. 2, lit. d din Anexa 2 la Ord. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012.

**) Conform Cap. III, lit. B pct. 4 din Anexa 1 la Ord. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul din Anexa 1-j se întocmește lunar 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.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate/competență/atestat.....
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate.....

1.1 Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de baza, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinică

Nr. crt.	Specialitatea/competență/atestat de studii complementare*	ANUL.....																														Total consultații/se rviceii C4	Nr. puncte** pe tip de consultație/se rviceii C5	Nr. total puncte C6 = C4 x C5	
		LUNA.....	ANUL.....																																
C1	C2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	C5	C6 = C4 x C5	
A.	Consultații** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:																																	X	X
1	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută:																																	X	X
2	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice:																																	X	X
3	Consultație medicală de specialitate pentru situații de urgență:																																	X	X
4	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz confirmat):																																	X	X
B.	Servicii medicale** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:																																	X	X
5	Servicii diagnostice simple:																																	X	X
6	Servicii diagnostice complexe:																																	X	X
7	Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale:																																	X	X
8	Servicii terapeutice/tratamente medicale:																																	X	X
C.	Servicii conexe actului medical** în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:																																	X	X
9	Servicii conexe:																																	X	X
TOTAL GENERAL																																		X	X

* sunt cele prevăzute la Cap I, lit. C pct. C2 subpct. I și pct. C3 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

** Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la Cap I, lit. C pct. C1 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 ; Tipurile de servicii medicale și punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la Cap. I, lit. C pct. C2 subpct. II din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 ; Tipurile de servicii conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute în tabelul de la Cap. I, lit. C pct. C5 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011;

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

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-a se întocmesc în câte două exemplare din care câte 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.

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

Reprezentantul legal al furnizorului

 Medic de specialitate/competență/atestat.....
 (nume prenume)
 CNP medic de specialitate.....

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

Nr. crt	CNP	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Pachetul de servicii medicale de bază*								Nr. servicii conexe
			Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută	Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice	Nr. consultații medicale pentru situații de urgență	Nr. consultații medicale pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic	Nr. servicii diagnostice simple	Nr. servicii diagnostice complexe	Nr. servicii terapeutice /tratamente chirurgicale	Nr. servicii terapeutice / tratamente medicale	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
TOTAL											

*) Consultațiile și serviciile medicale sunt prevăzute la cap I, lit. C din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

Total col. C4 din tab.1.2 = col.C4 lit. A rândul 1 din tab. 1.1
 Total col. C5 din tab.1.2 = col. C4 lit. A rândul 2 din tab. 1.1
 Total col. C6 din tab.1.2 = col.C4 lit.A.rândul 3 din tab. 1.1
 Total col. C7 din tab.1.2 = col.C4 lit. B rândul 4 din tab. 1.1
 Total col. C8 din tab.1.2 = col. C4 lit. B rândul 5 din tab. 1.1
 Total col. C9 din tab.1.2 = col.C4 lit. B rândul 6 din tab. 1.1
 Total col. C10 din tab.1.2 = col. C4 lit. B rândul 7 din tab. 1.1
 Total col. C11 din tab.1.2 = col. C4 lit. B rândul 8 din tab. 1.1
 Total col. C12 din tab.1.2 = col. C4 lit. C rândul 9 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Nota: Desfășurătoarele din Anexa 2-a se întocmesc în câte două exemplare din care câte 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.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii medicale.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de specialitate.....

(nume prenume)

CNP medic de specialitate.....

Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de gradul profesional conform art. 4 alin. (1) și alin. (2) pct. a) și b) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Nr. puncte/lună pentru consultații și servicii acordate în cadrul pachetelor de servicii medicale*			Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea **	Majorarea nr. de puncte în funcție de gradul profesional ***	Nr. total puncte realizate pe lună
Total din care :	Puncte aferente consultațiilor și serviciilor medicale clinice	Puncte aferente serviciilor conexe			
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6 = C1 + C4 + C5</i>

*) Tot. col. C1 = (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-a) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-b) + (col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.1 al Anexei 2-c)

**) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor conexe actului medicale, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C4= col. C2 x % de majorare

***) col. C5 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie, homeopatie și planificare familială, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor conexe actului medical.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Notă: Desfășurătorul din Anexa 2-d se întocmește 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 .

Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

Luna	Total puncte ¹⁾ pe trimestru realizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate
1.	2.
I.	
II.	
III.	
TOTAL	
Nr. puncte ¹⁾ raportate în plus sau în minus într-un trimestru anterior *	

¹⁾ Punctele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0 ; Conform art. 4 alin. (5) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, în tabel nu sunt incluse punctele aferente serviciilor medicale clinice realizate în trimestrul pentru care se face raportarea și pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE
.....

Întocmit,
.....

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

Se va trece în clar numele semnatarilor.

Casa de asigurari de sanatate.....

Anexa 2-f

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea.....

Judetul

1.1 DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/SERVICIU MEDICAL

LUNA.....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 1723/950/2011	Nr. servicii medicale		Tarif negociat * / serviciu	Total sumă contractată *	Total sumă realizată**
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	C4 = C1 x C3	C5 = C2 x C3
TOTAL			X		

* In limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 1723/950/2011

** se decontează în limita sumei contractate

1.2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI IN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/SERVICIU MEDICAL

LUNA

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 2 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 1723/950/2011	Nr./dată Fișă de spitalizare de zi sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti
C0	C1	C2	C3
TOTAL	X	X	

Total col.C3 = total col. C2 din tabel 1.1

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

.....

Note:

1. Desfășurătoarele din Anexa 2-f-se întocmesc în câte doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare de zi .

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-f se completează de către unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății și care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi.

Casa de asigurari de sanatate.....

Anexa 2-f (continuare)

Furnizorul de servicii medicale

Localitatea.....

Judetul

2.1 DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ÎN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS, PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF/CAZ REZOLVAT

LUNA.....

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Nr. servicii medicale-cazuri		Tarif * / caz rezolvat	Total sumă contractată *	Total sumă realizată**
	Contractat	Realizat			
C0	C1	C2	C3	$C4 = C1 \times C3$	$C5 = C2 \times C3$
TOTAL			X		

* Tariful/caz rezolvat pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 3 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) se decontează în limita sumei contractate

2.2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE SPITALICESTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI IN UNITATI SANITARE AUTORIZATE DE MS

LUNA

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Nr./dată Fișă de spitalizare de zi sau Registru de consultatie	CNP asigurat beneficiar	Total servicii medicale spitalicesti
C0	C1	C2	C3
TOTAL	X	X	

Total col.C3 = total col. C2 din tabel 2.1

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

.....

Note:

1. Desfășurătoarele din Anexa 2-f se întocmesc în câte doua exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevazuta în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate în regim de spitalizare de zi .

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-f se completează de către unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății și care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi.

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

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

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

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

*) Se completeaza conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

**) stabilit conform art. 7 alin.(1) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

*) Se completeaza conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

**) stabilit conform art. 7 alin.(1) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate, prezentat în cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

3. Desfășurătorul pe CNP al asiguraților 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

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

Nr. crt.	CNP/CE/PASS*	Tipul investigatiei paraclinice efectuate**/ (codul)	Numărul investigațiilor paraclinice
C1	C2	C3	C4
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP			
TOTAL		X	

*) se completează după caz, codul numeric personal al asiguratului, numărul de identificare al cardului european de asigurări de sănătate - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, numărul pașaportului pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

**) Se completeaza conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ; Se pot completa numai codurile serviciilor din anexa cu acordul casei de asigurari de sanatate

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 aplicata parafa și semnatura medicilor cu specialitatea ATI

Total col.C4 = (tot. Col. C3 din tab. 1)+ (tot. col. C3 din tab.2)

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

.....

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

4. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice 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/CE/PASS**	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice efectuate*** / (codul)	Tarif / investigație paraclinica ****	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	

*) Pe borderou, fiecare bilet de trimitere poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care-l poartă biletul de trimitere

**) se completează după caz, codul numeric personal al asiguratului, numărul de identificare al cardului european de asigurări de sănătate - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, numărul pașaportului pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

***) Se completează conform cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

****) stabilit conform art. 7 alin.(1) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate, prezentat în cap. II din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

Nota:

1. Desfășurătoarele din Anexa 2-g se întocmesc în câte două exemplare, dintre care câte unul rămâne la furnizor iar celalalt 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.

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-g se completează după caz și de furnizorii de servicii medicale clinice inclusiv recuperare, medicina fizică și balneologie / furnizorii de servicii de medicina dentara care au încheiat act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice/contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești/contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, pentru ecografia, monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice/radiografia dentara retroalveolara și panoramică (inclusiv pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);

3. 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/convenție de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografia generală (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu

Casa de asigurări de sănătate..... Reprezentant legal.....
 Furnizorul de servicii medicale..... Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină dentară/dentist.....
 Localitatea..... (nume prenume)
 Județul Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

DEFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR 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*	Cod** serviciu	Cod formulă dentară***	Total servicii / luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	Total sumă realizată****(lei)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7	
TOTAL							X	

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

**) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară în cadrul pachetului de servicii medicale de bază, respectiv pentru serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, conform Cap. III pct. 3 lit. b) din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin.(3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-h se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară

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)
 Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....CNP medic/dentist.....

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

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

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

*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin.(3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-i se completează în două exemplare în care 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.

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)
 Grad profesional medic.....Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVĂ ȘI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ 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* serviciu	Cod formulă dentară**	Total servicii/luna	Tarif / serviciu conform Anexei nr.7 Cap. III, pct. 1	%*** 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	

*) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

****) % este conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 coroborată cu precizările de la Cap. III, pct. 1 NOTA 7 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

*****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin.(3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-j se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sanătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară

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 ÎN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE/PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURA FACULTATIV, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ

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

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

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

**) codul conform Cap. III, pct. 1 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

****) codul formulei dentare conform Cap. III, pct. 1, NOTA 4 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la Cap. III punctul 1 NOTA 2 din Anexa nr. 7 la la Ordinul nr. 1723/950/2011

Formularul se va completa distinct pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului minimal de servicii medicale, respectiv pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară efectuate în cadrul pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, conform Cap. III pct. 3 lit. a) din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

*****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 11 alin.(3) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

.....

Nota: Desfășurătorul din Anexa 2-k se completează în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune de către acesta la casa de asigurări de sanătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Casa de asigurări de sănătate..... Reprezentantul legal al furnizorului
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea..... Medic de specialitate.....
 Județul CNP medic de specialitate.....

1.1. Desfășurător lunar al serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie, în cabinete medicale

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr consultații medicale de specialitate	Tariful* pe serviciu medical - consultație	Tarif** pe serviciu medical - consultație majorat cu 20%	Sumă*** (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C5*1,2	C7=C4xC5 sau C7=C4xC6
TOTAL GENERAL		X		X	X	

*) Tariful/consultație în specialitatea de recuperare, medicină fizică și balneologie este prevăzut la Cap IV, pct.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ; Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la art. 14 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) în conformitate cu prevederile art. 14 alin.(2) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru prestația medicului primar tariful consultației contractat se majorează cu 20%

***) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin. (9) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

1.2.Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baze de tratament (cure de recuperare-reabilitare finalizate)

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Numar de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr servicii medicale - 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 medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în bazele de tratament este prevăzut la Cap IV, pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ; Se diminuează cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unității sanitare, în condițiile prevăzute la art. 14 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ; Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizate mai mare sau egal cu 8,5, decontarea 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 realizat într-o lună / 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 cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică și balneologie și raportate în luna respectivă.

**) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 14 alin.(9) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform art. 14 alin.(10) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-I 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

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

Reprezentantul legal al furnizorului

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

1.3 DESFĂȘURĂTORUL PROCEDURILOR, INCLUSE DUPĂ CAZ, ÎN CURELE DE TRATAMENT DECONTANTE DE CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP asigurat	Denumire procedură *	Număr proceduri, pe zi																															Total proceduri realizate**																																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																		
C0	C1	C2																																	C3																												C4				
1																																																																			
		SUBTOTAL CNP 1																																																																	
2																																																																			
		SUBTOTAL CNP 2																																																																	
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP 1 + Subtotal CNP 2+.....)																																																																			

*) conform Cap. IV pct. 2 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) conform Cap. IV pct. 2 Nota din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și art. 14 alin.(3) lit. b) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Note:

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 2-I 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

Casa de asigurări de sănătate..... Reprezentantul legal al furnizorului
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea..... Medic cu competență/atestat de studii complementare
 Județul
 CNP medic de specialitate.....

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

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Numar 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 Cap I, lit. C, pct. C4 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

**) se decontează în conformitate cu prevederile art. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011

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 recuperare-reabilitare

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

Nr. crt.	CNP asigurat	Numar 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 corespunzător oare cazurilor finalizate	Tarif* pe serviciu medical-caz, contractat	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 Cap I, lit. C, pct. C4 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011; 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. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

**) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifica motivul întreruperii curei de tratament conform art. 15 alin.(4) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

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.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECTIONARE 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 externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB :		Nr. cazuri externe raportate și nevalidate	ICM realizat pentru cazurile validate
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate*	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate*		
TOTAL SPITAL					

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

*) conform art. 71 alin.(3) și (4) din HG nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANĂTATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**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 externe și raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB:			ICM realizat	Coeficientul cazurilor extreme - K
		Nr. cazuri externe fără cazurile reintegrate și transferate	Nr. cazuri externe, reintegrate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză*	Nr. cazuri externe, reintegrate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**		
TOTAL SPITAL					X	X

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 și se utilizează pentru analiza activității trimestriale a spitalului conform art. 9 alin. (1) lit. a) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

*) conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) 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 externe reintegrate sau transferate

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANĂTATE

Director general

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

Director general

**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	Cazuri externe raportate validate și invalidate de SNSPMPDSB (fără cazurile reinternate și transferate)**	Cazuri externe raportate validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**	Cazuri externe raportate validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului (se completează doar pentru cazurile validate)	Coefficientul cazurilor extreme - K
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
TOTAL	***)	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-C4 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externe 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 2012, ora 10:50 se va completa 10.03.12.10:50)

***) În situația în care un caz externat, raportat la SNSPMPDSB este **VALIDAT** se completează numai într-una dintre coloanele C5, C6 sau C7, după caz, una dintre următoarele cifre: - „1” în col. C5 pentru cazurile externe fără cazurile reinternate și transferate;

- „2” în col. C6 pentru cazurile externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

- „3” în col. C7 pentru cazurile externe, reinternate și transferate, 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 acestea reprezintă cazuri externe reinternate sau transferate)

În situația în care un caz externat, raportat la SNSPMPDSB este **INVALIDAT** se completează cifra „0” doar în col. C5 .

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

Total col. C5 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1” ; Total col. C6 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2” ; Total col. C7 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „3”

*****) Total col. C8 = număr cazuri ponderate validate de SNSPMPDSB

Anexa 3-a (continuare)

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**1.3.1 RAPORT CENTRALIZATOR 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 externe si raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri ponderate, validate de SNSPMPDSB:			Coeficientul cazurilor extreme - K
		Nr. cazuri ponderate fără cazurile reintemate și transferate	Nr. cazuri ponderate, reintemate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri ponderate, reintemate și transferate, fără avizul comisiei de analiză	
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL SPITAL	*)	*)	*)	*)	X

1. 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 și pe suport de hârtie

2. Formularul 1.3.1 constituie un raport centralizator întocmit pe baza datelor din formularul 1.3;

*) total col. C2 = total col. C2 din formularul 1.3

total col. C3 + total col. C4 + total col. C5 = total col. C8 din formularul 1.3

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

**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*

¹ Conform Anexei 17 B la Ordinul nr. 1723/950/2011

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

*) 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. 17 B II la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. nr. 1723/950/2011.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

Anexa 3-b

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 externe în perioada.....	ICM contractat ¹	Nr. cazuri ponderate	Tarif pe caz ponderat ²	Suma de plată*
C1	C2	C3 = C1 x C2	C4	C5= C3 x C4

¹ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 1723/950/2011

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 1723/950/2011

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011

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

Anexa 3-b (continuare)

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 externe, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Nr. cazuri externe raportate și validate în luna anterioară ¹ (reinternate și transferate)	ICM contractat ²	Nr. cazuri ponderate	Nr. cazuri externe raportate și validate în luna anterioară, ponderate (reinternate și transferate)	Tarif pe caz ponderat ³	Suma realizată*	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ⁴
C1	C2	C3	C4	C5=(C1-C2) x C4	C6=C3 x C4	C7	C8 = (C5xC7) - (C6xC7x50%)	C9

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

² Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 1723/950/2011

³ Conform Anexei 17 A la Ordinul nr. 1723/950/2011; decontarea cazurilor prevăzute la art. 71 alin. (3), respectiv la alin.(4) din HG nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, 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 1723/950/2011 ;

⁴ Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C8 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C5 din desfășurătorul 1.1 corespunzător lunii pentru care se face decontarea

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

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

Anexa 3-b (continuare)

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 înregistrări al Foi de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția	Cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB (fără cazurile reinternate și transferate)**	Cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză**	Cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză**	Valoarea relativă a DRG - ului corespunzător cazului validat	Coeficientul cazurilor extreme – K^1	Tarif pe caz ponderat ²	Suma contractată	Suma realizată****
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
										x	
TOTAL SPITAL											

Precizare: Numărul de cazuri nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin.(1) lit. a) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

¹ Conform formularului 1.3 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

² Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 1723/950/2011;

*) 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 2012, ora 10:50 se va completa 10.03.12.10:50)

**) Pentru un caz externat, raportat și validat de SNSPMPDSB se completează numai într-una dintre coloanele C5, C6 sau C7, după caz, una dintre următoarele cifre:

- „1” în col. C5 pentru cazurile externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

- „2” în col. C6 pentru cazurile externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză (reprezentă 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 acestea reprezintă cazuri externe reinternate sau transferate)

Total col. C5 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1”; Total col. C6 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2”; Total col. C7 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „3”

****) Total col. C8 = număr cazuri ponderate validate de SNSPMPDSB = Total col. C8 din formularul 1.3 din Anexa 3-a

*****) Corespunzător unui caz notat în col. C5 cu cifra „1”, suma realizată se calculează conform formulei : C12=1xC8xC9xC10; Corespunzător cazului notat în col. C7 cu cifra „3”, suma realizată se calculează conform formulei: C12=1xC8xC9xC10x50%; Cifra „1” reprezintă un caz externat raportat și validat de SNSPMPDSB

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 și alin.(6) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011; 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.

Notă: Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-b 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-b (continuare)

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

Secția	Nr. cazuri ponderate și validate de SNSPMPDSB corespunzătoare sumei contractate ¹			Coeficientul cazurilor extreme – K ²	Tarif pe caz ponderat ³	Suma contractată	Suma realizată ⁴
	Nr. cazuri ponderate fără reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri ponderate și reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
						x	
TOTAL							*)

¹ Total col. C2+total col. C3+total col. C4 ≤ total col. C8 din desfășurătorul 1.3

² Conform formularului 1.3.1 din Anexa 3 – a la prezentul ordin;

³ Conform Anexei 17 a) la Ordinul nr. 1723/950/2011;

⁴ Suma realizată se calculează conform formulei C8 = [(C2+C3)xC5xC6 +C4xC5xC6x50%]

*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a), pct. 2 și alin.(6) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011; 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 si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: 1. Desfășurătorul 1.3.1 din Anexa 3-b se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se transmite electronic și pe suport de hârtie 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. Desfășurătorul 1.3.1 din Anexa 3-b se întocmește după validarea de către CAS a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri ponderate și validate de SNSPMPDSB a căror contravaloare se încadrează în suma contractată

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT
 ȘI PERFECȚIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI

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

LUNA/TRIMESTRUL/TRIMESTERELE ANUL.....

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

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

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

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

Anexa 3-d

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externe realizate	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ¹	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat ²	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2xC4xC5 sau C6=C3 x C5
TOTAL SPITAL					

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

***) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatrică-distrofici, neonatologie –prematuri mici și foarte mici, TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.C6 = col. C3 x col. C5

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011

¹ Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata efectiv realizată

² Conform Anexei 17C la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontate pentru anul 2012, diminuat cu 20%

Răspundem de realitatea și 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 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

1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr. cazuri externate, raportate în luna curentă	Nr. cazuri externate, raportate și nevalidate în luna anterioară ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compartiment, contractat ³	Suma realizată***	Suma rămasă de plată pentru luna curentă ⁴
C1	C2	C3	C4	C5	C6	$C7 = (C2 - C3) \times C5 \times C6$ sau $C4 \times C6$	C8
TOTAL SPITAL							

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

***) Se va completa lunar pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici, recuperare pediatică-distrofici, neonatologie – prematuri mici și foarte mici, TBC, pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează lunar în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, cazuri în care suma realizată col.C7 = col. C4 x col. C6

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011

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

2 Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata efectiv realizată

3 Conform Anexei 17C la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontate la tariful contractat pentru anul 2012, diminuat cu 20%

4) Reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C7 din desfășurătorul 1.2 și suma din col. C6 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-d se întocmește lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Anexa 3-d (continuare)

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

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

Secția/compartiment*	Nr. zile de spitalizare contractat	Nr. zile de spitalizare realizat	Tarif/zi de spitalizare contractat	Suma contractată	Sumă realizată**
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC3	C5=C2xC3
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), ultima teză din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

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

Anexa 3-d (continuare)

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

1.4 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI, DE RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMĂTURI DIN ALTE SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Secția/compartiment*	Nr.cazuri externe contractate	Nr. cazuri externe, raportate și validate ¹	Total zile spitalizare efectiv realizate**	Durata optimă de spitalizare ²	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/compart., contractat ³	Sumă contractată	Suma realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7= C2xC5xC6	C8= C3xC5xC6 sau C4xC6
TOTAL SPITAL							

*) Compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS) din alte spitale

**) Se va completa trimestrial pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Cod penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), pentru care serviciile medicale spitalicești se decontează în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată, cazuri în care suma realizată col. C8 = col. C4 x col. C6

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. b) și alin. (6) din Anexa nr. 17 la Ord. nr. 1723/950/2011 ; 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 formularului din Anexa nr. 3-c la prezentul ordin

2 Conform Anexei 19 la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă. În cazul secțiilor/spitalelor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesita asistența medicală spitalicească de lungă durată (ani), se va trece durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent

3 Conform Anexei 17C la Ordinul nr. 1723/950/2011, pentru secțiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naștere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiției OMS) casele decontate la tariful contractat pentru anul 2012, diminuat cu 20%

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantului 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 la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 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 BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ANUL..... ANUL.....**

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

*) Compartimente de acțiune 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
 **) conform art. 71 alin.(3) și (4) din H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare ;

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Anexa 3-e (continuare)

**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.II.aa.hh	Numărul de înregistrare al Foii de Observație Clinică Generală	Cod de identificare a cazului externat	Secția/compartimentul**	Cazuri externate raportate, validate și invalidate de SNSPMPDDB (fără cazuri reinternate și transferate)***	Cazuri externate raportate, validate de SNSPMPDDB, care reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiza****	Cazuri externate raportate, validate de SNSPMPDDB, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiza****
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL	*****)	X	X	*****)	*****)	*****)

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

*) 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 2012, ora 10:50 se va completa 10.03.12.10:50)

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

*****) În situația în care un caz externat, raportat la SNSPMPDDB este **VALIDAT** se completează numai într-una dintre coloanele C5, C6 sau C7, după caz, una dintre următoarele cifre:
- „1” în col. C5 pentru cazurile externate fără cazurile reinternate și transferate;

- „2” în col. C6 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiza conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 1723/950/2011
- „3” în col. C7 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiza (reprezentă 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 acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate)

În situația în care un caz externat, raportat la SNSPMPDDB este **INVALIDAT** se completează cifra „0” doar în col. C5 .

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

Total col. C5 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1” ; Total col. C6 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2” ; Total col. C7 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „3”

Anexa 3-e (continuare)

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
 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 externe raportate la SNSPMPDSB	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB:		
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	**)	**)	**)	**)

1. 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 și pe suport de hârtie

2. Formularul 1.2.1 constituie un raport centralizator întocmit pe baza datelor din formularul 1.2.

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

***) total col. C2 = total col. C2 din formularul 1.2

total col. C3 = total col. C5 din formularul 1.2; total col. C4 = total col. C6 din formularul 1.2; total col. C5 = total col. C7 din formularul 1.2;

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE

Director general

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

Director general

Anexa 3-f

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

1.1 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVĂZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, 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. 9 alin. (1) lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011

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 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

1.2 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU LUNA.....ANUL.....

Secția/compart.*	Nr. cazuri externe realizate în luna curentă	Nr. cazuri externe, raportate și nevalidate anterior ¹	Nr. cazuri externe, 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), pct. a7) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011; decontarea cazurilor prevăzute la art. 71 alin. (3), respectiv la alin.(4) din H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, 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 1723/950/2011;

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 1 din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011

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 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 DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECTIUNI ACUTE IN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE IN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICIILE 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**	Cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB (fără cazuri reinternate și transferate)***	Cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză***	Cazuri externate raportate și validate de SNSPMPDSB, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză***	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată****
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
								X	
TOTAL									
								X	

Precizare: Numărul de cazuri nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin.(1) lit. a) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

*) 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 2012, ora 10:50 se va completa 10.03.12.10:50)

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

***) Pentru un caz externat, raportat și validat de SNSPMPDSB se completează numai într-una dintre coloanele C5, C6 sau C7, după caz, una dintre următoarele cifre:
 - „1” în col. C5 pentru cazurile externate fără cazurile reinternate și transferate;

- „2” în col. C6 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză conform art. 9 alin.(3) și (4) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

- „3” în col. C7 pentru cazurile externate, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care 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 acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate)

Total col. C5 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1”; Total col. C6 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2”; Total col. C7 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „3”

****) Corespunzător unui caz notat în col. C5 cu cifra „1”, suma realizată se calculează conform formulei : C10= 1 x C8; Corespunzător unui caz notat în col. C6 cu cifra „2”, suma realizată se calculează conform formulei : C10= 1 x C8 x 50%; Cifra „1” din formulele anterioare, reprezintă un caz externat, raportat și validat de SNSPMPDSB

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 și alin.(6) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011; 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.

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 DESFĂȘURĂTOR CENTRALIZAT, PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PENTRU AFECȚIUNI ACUTE ÎN SPITALE, ALTELE DECAT CELE PREVAZUTE ÎN ANEXA 17 a) LA ORDINUL NR. 1723/950/2011, PRECUM ȘI PENTRU SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚILE ȘI COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE.....ANUL.....

Secția/compartimentul*	Nr. cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB corespunzătoare sumei contractate: ¹			Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma contractată	Suma realizată**
	Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, care au primit avizul comisiei de analiză	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate, fără avizul comisiei de analiză			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL SPITAL				X		

¹ Total col. C2 ≤ total col. C5 din desfășurătorul 1.3; Total col. C3 ≤ total col. C6 din desfășurătorul 1.3; Total col. C4 ≤ total col. C7 din desfășurătorul 1.3

*) 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)xC5 +C4xC5x50%]

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. c) pct. 2 și alin.(6) din Anexa nr.17 la Ord. nr. 1723/950/2011; 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: 1. Desfășurătorul 1.3 din Anexa 3-f se întocmește trimestrial în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se transmite electronic și pe suport de hârtie 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. Desfășurătorul 1.3.1 din Anexa 3-f se întocmește după validarea de către CAS a datelor din desfășurătorul 1.3 și pentru un număr de cazuri externe raportate și validate de SNSPMPDSB a căror controvaloare se încadrează în suma contractată

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

**RAPORTARE LUNARĂ A NOU NĂSCUȚILOR PREMATURI DIN SECȚIILE
 NEONATOLOGIE PREMATURE, PENTRU LUNA.....ANUL.....**

CNP nou-născut prematur	Greutatea la naștere (grame)	Greutatea la externare (grame)

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Tabelul din Anexa 3-g se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești împreună cu factura și documentele justificative privind activitățile realizate

Județul

Localitatea

Furnizor de servicii medicale

**1.1 DESFĂȘURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN
REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL, PENTRU
LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 1723/950/2011	Nr. servicii medicale		Tarif** /serviciu medical contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată*
	Contractat	Realizat*			
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC3	C5=C2xC3
TOTAL			X		

*) Lunar suma realizată se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011. Trimestrial suma realizată se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 și lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 alin.(1) lit. g) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulativ pentru fiecare trimestru 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

Anexa 3-h (continuare)

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

1.2. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....

Denumire serviciu medical conform Cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 din Anexa nr. 16 la Ordinul nr. 1723/950/2011	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat în evidență asiguratul	Total servicii medicale spitalicești realizate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL	X	X	X	

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

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 1.2 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru 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

Anexa 3-h (continuare)

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

**2.1 DESFĂȘURATOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE ÎN
 REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANTATE PE BAZA DE TARIF/CAZ REZOLVAT, PENTRU
 LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....**

Denumire serviciu medical efectuat în regim de spitalizare de zi - caz	Nr. servicii medicale - cazuri		Tarif** /caz rezolvat contractat	Total sumă contractată	Total sumă realizată*
	Contractat	Realizat*			
C0	C1	C2	C3	C4=C1xC3	C5=C2xC3
TOTAL			X		

*) Lunar suma realizata se decontează cu respectarea prevederilor art. 9 alin. 1) lit. h) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011. Trimestrial suma realizata se decontează numai cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (1), lit. a) pct. 2 si lit. c) pct. 2 din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești se stabilește conform prevederilor art. 5 alin.(1) lit. g) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 2.1 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru 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

Anexa 3-h (continuare)

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

2.2. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND EVIDENȚA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI EFECTUATE IN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ȘI FINANTATE PE BAZA DE TARIF PE CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA/TRIMESTRUL.....ANUL.....

Denumire serviciu medical efectuat in regim de spitalizare de zi - caz	Număr înregistrare fișă pentru spitalizare de zi	CNP asigurat	CAS la care este luat în evidență asiguratul	Total servicii medicale spitalicești-cazuri realizate
C0	C1	C2	C3	C4
TOTAL	X	X	X	

Total col.C4 din tab.2.2 = total col. C2 din tab.2.1

Răspundem de realitatea si exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Notă: Desfășurătorul 2.2 din Anexa 3-h se întocmește de către furnizorii de servicii medicale spitalicești ce încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă și de zi, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și cumulat pentru fiecare trimestru în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

Județul
Localitatea
Furnizor de servicii medicale

1. Desfășurătorul sumelor acordate pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în : oncologie medicala, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin.(4), lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare*

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

Precizare:

Desfășurătorul de la pct. 1 se adaptează conform modelelor desfășurătoarelor utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

2. Desfășurătorul sumelor acordate pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice*

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

Precizare :

Desfășurătorul de la pct. 2 se adaptează conform modelelor desfășurătoarelor utilizate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru serviciile paraclinice

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătoarele din Anexa 3-i se întocmesc lunar și cumulat pentru fiecare trimestru în 2 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

Anexa 3-j

Județul
 Localitatea
 Furnizor de servicii medicale

**FORMULAR DE EVALUARE RETROSPECTIVĂ A OPORTUNITĂȚII INTERNĂRII CAZURILOR DE URGENȚĂ
 PENTRU TRIMESTRUL.....**

		Număr cazuri externate - spitalizare continuă, raportate și validate de SNSPMPDSB (cazuri acute care au fost internate prin spitalizare continuă ca și cazuri de urgență)**
Criterii de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunității internării cazurilor de urgență*		
C1	C2	C3
	Pierderea subită a cunoștinței	Include comă sau incapacitate de răspuns la stimuli, schimbare acută în starea de conștiență a pacientului. Include și pierderea conștienței ca urmare a traumelor. Exclude dezorientare sau confuzie.
2	Puls anormal	O frecvență periferică sub 50/min sau mai mare de 140/min, înregistrată cu două ocazii separate la distanță de cel puțin 5 minute.
3	Tensiune anormală	O presiune sistolică sub 90 sau peste 200 mmHg, și un o valoare diastolică de sub 60 sau peste 120 mmHg.
4	Pierderea acută a vederii sau a auzului	Pierdere severă parțială sau totală și care s-a instalat rapid și a persistă în momentul internării.
5	Pierderea acută a capacității de a mișca o parte importantă a corpului	Include răni cauzate de traume majore (fractură a oaselor membrului pelvin, paralizie a piciorului sau brațului; fractură a coloanei vertebrale în zona cervicală; disfragie acută cu risc de aspirație). Exclude rănille izolate ale mâinilor sau picioarelor.
6	Febră persistentă	Febră de cel puțin 5 zile (3 zile) cu temperatură de peste 38 °C.
7	Sângerare abundentă	Include hemoragie continuă cu orice localizare, care nu se poate trata în Departamentul de urgență (UPU/CPU/Cameră de gardă). Include orice suspiciune de sângerare internă.
8	Anomalie severă a electroliților serici sau a unui gaz din sânge	Măsurarea efectuată în momentul sosirii în UPU/CPU, după cum urmează: Sodiu <123 sau >156 mEq/L
		C4

		<p>Potasiu <2.5 sau >6.0 mEq/L Bicarbonat <20 sau >36 mEq/L pH arterial pH <7.3 sau >7.45 Calcemie serică < 3 mmol/L sau > 6 mmol/L PaCO₂ >50 mmHg PaO₂ <50 mmHg</p>
9a	Anomaliile electrocardiogramei	Rezultatele EKG efectuată la prezentare, care sugerează ischemie miocardică acută recentă.
9b	Suspiciune clinică și biologică de ischemie miocardică acută	Evaluarea simptomelor ischemiei miocardice acute, în absența modificărilor ECG sau a enzimelor miocardice
10	Dehiscenta plăgilor	Include doar complicațiile postterapeutice sau deschiderea plăgilor sau leziuni care necesită închidere/sutură.
11	Durere paralizantă	Durere severă cu suspiciune de urgență medicală, fără a putea fi diagnosticată sau tratată adecvat în departamentul de urgență.
12	Necesitatea administrării medicației parenterale și/sau repleție volemică	Include administrarea medicației IV, IM, IT, și intra-arterial cel puțin la 8 ore. De asemenea, include ordinul pentru medicația IV cel puțin la 8 ore și stabilizarea prin insulină pentru pacienții tineri cu diabet sever. Exclude ordinul de a menține accesul venos continuu.
13	Procedură semnificativă în primele 24 de ore de la internare	Semnificativ înseamnă că necesită anestezie regională sau generală și realizarea într-o unitate specializată (cum ar fi sala de operații). Include practic toate operațiile efectuate în urgență.

*) conform art. 4 alin.(7) din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) Fiecărui caz externat - spitalizare continuă, raportat și validat de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) (caz acut care a fost internat prin spitalizare continuă ca și caz de urgență) îi corespunde un singur criteriu din cele nominalizate în col. C2 din tabel

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

Notă: Formularul din Anexa 3-j se întocmește în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești împreună cu factura și documentele justificative privind activitățile realizate

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PUBLICE

Luna.....ANUL.....

Nr. crt.	Tipuri mijloace specifice de interventie*	Tip serviciu medical de urgență și transport sanitar conform Cap. I din Anexa 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011	Număr solicitări	Număr km realizați		Nr. mile marine
				urban	rural	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1. Urgențe medico-chirurgicale majore (cod roșu)						
Subtotal 1						
2. Urgențe medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben)						
Subtotal 2						
3. Urgențe medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultații de urgență la domiciliu						
Subtotal 3						
4. Servicii de transport						
Subtotal 4						
TOTAL						

*) Tipurile de mijloace specifice de interventie sunt potrivit art. 7 din Anexa 22 la Ord. nr. 1723/950/2011 ;

Timpul mediu de raspuns al primei ambulanțe publice pentru urgențele cod roșu-cod galben =

Timpul mediu de raspuns la solicitările cod verde =

1.2. Evidenta dupa cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenta efectuate de către unitățile medicale specializate publice

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tipul de solicitare conform Cap. I, pct. A, B și C din Anexa 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011	CNP*		
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiare a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigura facultativ
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL				

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

(Total col.C3 + total col.C4 + total col.C5) din tab. 1.2 = (subtotal 1 col. C3 + subtotal 2 col. C3 + subtotal 3 col. C3) din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

Notă:

Desfășurătorul se întocmește de unitățile medicale specializate publice, bilunar (corespunzator ambelor etape de decontare) în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de catre reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT CU AUTOVEHICULE EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE
SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/Trim

Tip autovehicul	Total Km echivalenți în mediul urban		Total Km realizați pentru mediul rural		Tarif pe km minim negociat *	Total sumă		Suma decontată**
	Contractații	Echivalenți parcurși	Contractații	Efectiv realizați		Contractată	Realizată**	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 =C6x(C2+C4)	C8=C6x(C3+C5)	C9 = C7 sau C8
Subtotal 1 - km aferenți serviciilor de transport sanitar					x			
Subtotal 2 - km aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu					x			
TOTAL(subtotal.1+subtotal. 2)					x			

*) Se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 alin.(2) pct. 2 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin.(2) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

.....

Notă:

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

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

.....

Localitatea.....

Județul.....

**DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT PE APA EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE
SPECIALIZATE AUTORIZATE ȘI EVALUATE PRIVATE**

Luna/TrimANUL.....

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

*) Se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 alin.(2) pct. 3 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și în limita tarifelor maxime prevăzute la art. 8 alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011

***) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

.....

Notă:

Desfășurătorul din Anexa 4-c se întocmește 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 către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

Casa de asigurări de sănătate

Furnizorul de servicii medicale.....

Localitatea.....

Județul.....

1.1 DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTĂȚILOR 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 medical de urgență conform Cap. I, pct. C din Anexa 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011	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 acordate de medicii din unitatile medicale specializate								
					x			
TOTAL(subtot. 1+ subtot. 2)								
					X			

*) Se stabileste în conformitate cu prevederile art. 2 alin.(2) pct. 1 din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011 și în limita tarifelor maxime prevazute la art. 8 alin.(1) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011

**) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma realizata in conditiile art. 5 alin.(3) din Anexa nr. 22 la Ordinul nr. 1723/950/2011;

1.2. Evidenta dupa cod numeric personal a serviciilor medicale de urgenta efectuate de către unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private

Luna/TrimANUL.....

Nr. crt.	Tip serviciu medical de urgență conform Cap. I, pct. C din Anexa 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011	CNP*		
		beneficiari a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiari a pachetului minimal de servicii medicale	beneficiari a pachetului de servicii medicale pentru pers. care se asigura facultativ
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL X				

*) sau cod de identificare pentru persoanele care se asigură facultativ; Pentru persoanele la care nu se poate completa CNP-ul din motive justificate se va completa cu 0000000 (Total col.C3 + total col.C4 + total col.C5) din tab. 1.2 = total col. C3 din tab. 1.1 sau dupa caz cu total col.C4 din tab. 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentant legal

Notă:

- Desfășurătoarele din Anexa 4-d se întocmesc de unitățile medicale specializate autorizate și evaluate private, bilunar (corespunzător ambelor etape de decontare) și pentru fiecare trimestru în două exemplare din care un exemplar se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului, până la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar
- Desfășurătorul se completează 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

DEFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU, APROBATE DE CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

LUNAANUL.....

Nr. crt.	CNP asigurat	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu *	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi																															Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire**				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
C0	C1	C2	C3																															C4	C5				
1																																							
SUBTOTAL CNP 1																																							
2																																							
SUBTOTAL CNP 2																																							
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP 1 + Subtotal CNP 2+.....)																																							

*) conform Anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

**) conform art. 9 alin.(3) din Anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului

Note:

- Desfășurătorul din Anexa 5-a se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
- Desfășurătorul din Anexa 5-a se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Casa de asigurări de sănătate
.....

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

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

LUNAANUL.....

Nr. crt.	Codul numeric personal al asiguratului	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 începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârșitului 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								X	
Subtotal CNP 1									
2								X	
Subtotal CNP 2									
TOTAL GENERAL(Subtotal CNP 1 + Subtotal CNP 2+.....)									
X									
X									

*) Subtotal CNP 1, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP 1, col. C5 din Anexa 5-a

Subtotal CNP 2, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP 2, col. C5 din Anexa 5-a

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

**) Tarif/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt prevăzute/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. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 ;

***) Conform art. 9 alin.(3), alin.(4), alin.(5) și alin.(6) din Anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 ;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

Note:

1. Desfășurătorul din Anexa 5-b se întocmește în 2 exemplare, dintre care unul râmâne 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

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

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

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

Nr. crt.	Tipul de asistenta balneara	Nr. zile spitalizare contractate	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif/zi spitalizare negociat *	%* decontat de CAS	Suma contractata**	Total sumă realizată***
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C4xC5xC6
	Asistență balneară terapeutică				65%		
					100%		
	Asistență balneară de recuperare medicală				70%		
					100%		
	TOTAL			X	X		

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

**) Reprezinta suma negociata diminuata corespunzator cu contributia personala a asiguratilor, conform art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

***) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizeaza in conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul nr. 1723/950/2011 ; Col. C8 nu cuprinde suma suportata de asigurati, conform art. 1 alin.(2), lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

1.2 Desfășurătorul C.N.P.- urilor beneficiare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii balneare

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

Nr. crt.	C.N.P.	Nr. zile spitalizare realizate	%* decontat de CAS
C1	C2	C3	C4
	TOTAL		x

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă:

Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc bilunar (corespunzator 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 prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

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

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

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

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

*) Se stabilește conform prevederilor art.1 alin.(2) lit. b) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011

**) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art.2 și art.6 alin.(2) din Anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 ;

1.2 Desfășurătorul-C.N.P.-urilor beneficiare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii, secții sanatoriale din spitale și în preventorii

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

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă:

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-reabilitare a sănătății

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie/ Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu

.....

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ
EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE / MEDICULUI DE
SPECIALITATE DIN AMBULATORIU**

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Afecțiunile oncologice					
1.					
2					
...					
2. Diabetul zaharat					
1.					
2					
...					
3. Starea posttransplant					
1.					
2					
...					
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)					
1.					
2					
...					
5. Insuficiența renală cronică- dializă					
1.					
2					
...					

B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1.Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)					
1.					
2					
...					

2.Hepatita cronică de etiologie virală B, C, D (G4)					
1.					
2					
...					
3.Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2					
...					
4.Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)					
1.					
2					
...					
5. Epilepsie (G11)					
1.					
2					
...					
6.Boala Parkinson (G12)					
1.					
2					
...					
7.Scleroza multiplă (G14)					
1.					
2					
...					
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)					
1.					
2					
...					
9.Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)					
1.					
2					
...					
10.Boala Gaucher (G29)					
1.					
2					
...					
11.Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)					
1.					
2					
...					
12.Poliartrita reumatoidă (G31b)					
1.					
2					
...					
13.Artropatia psoriazică (G31c)					
1.					
2					

...					
14. Spondilita ankilozantă (G31d)					
1.					
2					
...					
15. Artrita juvenilă (G31e)					
1.					
2					
...					
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)					
1.					
2					
...					

C. Alte afecțiuni cronice

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Boală cronică de rinichi- fază de predializă (G25)					
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.

Note:

- În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
- În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
- În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, 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.
- Formularul din Anexa 7-a se întocmește în 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 . Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza în funcție de mișcarea lunară a persoanelor cu afecțiuni cronice pe baza anexei 7-b .
- 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.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

Medic de familie/Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/medic de specialitate din ambulatoriu

.....

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

I. Intrări/Ieșiri în/din evidență**A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:**

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Afecțiunile oncologice					
1.					
2					
...					
2. Diabetul zaharat					
1.					
2					
...					
3. Starea posttransplant					
1.					
2					
...					
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader- Willi)					
1.					
2					
...					
5. Insuficiența renală cronică-dializă					
1.					
2					
...					

B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Proceduri interventionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)					
1.					
2					

...					
2.Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)					
1.					
2					
...					
3.Ciroza hepatică (G7)					
1.					
2					
...					
4.Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)					
1.					
2					
...					
5. Epilepsie (G11)					
1.					
2					
...					
6.Boala Parkinson (G12)					
1.					
2					
...					
7.Scleroza multiplă (G14)					
1.					
2					
...					
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)					
1.					
2					
...					
9.Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)					
1.					
2					
...					
10.Boala Gaucher (G29)					
1.					
2					
...					
11.Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)					
1.					
2					
...					
12.Poliartrita reumatoidă (G31b)					
1.					
2					
...					
13. Artropatia psoriazică (G31c)					
1.					
2					
...					
14. Spondilita ankilozantă (G31d)					
1.					
2					

...					
15. Artrita juvenilă (G31e)					
1.					
2					
...					
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)					
1.					
2					
...					

C. Alte afecțiuni cronice

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta *	Codul categoriei din care face parte asiguratul **	Data intrării în evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu	Data ieșirii din evidența medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu
1. Boală cronică de rinichi- fază de predializă (G25)					
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 . Recapitulatia persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie, 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
1.	2.	3.	4.	5.
A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:				
1. Afecțiunile oncologice				
2. Diabetul zaharat				
3. Starea posttransplant				
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)				
5. Insuficiența renală cronică-dializă				
B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS				
1. Proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)				
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)				
3. Ciroza hepatică (G7)				
4. Leucemii, limfoame, aplazie				

medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cornice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G 10)				
5.Epilepsie (G11)				
6. Boala Parkinson (G12)				
7. Scleroza multiplă (G14)				
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)				
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)				
10. Boala Gaucher (G29)				
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)				
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)				
13. Artropatia psoriazică (G31c)				
14. Spondilita ankilozantă (G31d)				
15. Artrita juvenilă (G31e)				
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)				
C. Alte afecțiuni cronice				
1. Boală cronică de rinichi-fază de predializă (G25)				
TOTAL				

*) Conform Anexei nr. 39A la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012

Notă:

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. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde mișcarea lunară a persoanelor care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde mișcarea lunară a persoanelor monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.
4. Formularele din Anexa 7-b 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 .
5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări
de sănătate

.....
Data: