

**ORDIN nr. 563 din 12 iulie 2023**

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

**EMITENT: Casa Națională de Asigurări de Sănătate**

**PUBLICAT ÎN: Monitorul Oficial nr. 668 din 20 iulie 2023**

**Data intrării în vigoare:**

**20 Iulie 2023**

**Forma consolidată valabilă la data de**

**26 Septembrie 2024**

**Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de**

**18 Septembrie 2024**

**până la**

**26 Septembrie 2024**

#### Istoric consolidări

\*) Notă CTCE:

Forma consolidată a [ORDINULUI nr. 563 din 12 iulie 2023](#), publicat în Monitorul Oficial nr. 668 din 20 iulie 2023, la data de 26 Septembrie 2024 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: [ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023](#); [ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024](#); [ORDINUL nr. 228 din 21 februarie 2024](#); [ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#); [ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Conform [alineatului \(1\) al articolului III din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activității lunii iulie 2024.

Conform [alineatului \(1\) al articolului II din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activității lunii septembrie 2024.

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DRC 33 din 12.07.2023,

în temeiul prevederilor:

- [art. 192 alin. \(1\) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#) privind aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

- [art. 291 alin. \(2\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- [art. 17 alin. \(5\) din Statutul](#) Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin [Hotărârea Guvernului 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 și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform anexelor nr. 1-a - 1-j.~~

(1) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexelor nr. 1-a - 1-m](#).

(la 30-07-2024 Alineatul (1) , Articolul 1 a fost modificat de [Punctul 1 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024.](#))

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

(3) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității unităților 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-j](#).

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

de servicii medicale, conform [anexelor nr. 4-a - 4-c.](#)

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

(6) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității furnizorilor din asistența medicală de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale, conform [anexelor nr. 6-a și 6-b.](#)

(7) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor aflate în evidența medicilor de familie cu afecțiunile cronice prevăzute în [anexa nr. 6 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#) privind aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și a listei persoanelor aflate în evidența medicilor de familie cu afecțiunile cronice pentru care se face management de caz: risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform [anexelor nr. 7.1 și 7.2.](#)

~~(8) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și borderourile centralizatoare necesare raportării furnizorilor de medicamente, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate potrivit contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform [anexelor nr. 8-a - 8-e.](#)~~

(8) Se aprobă documentele justificative - formulare unice pe țară, fără regim special, care includ și borderourile centralizatoare necesare raportării furnizorilor de medicamente, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate potrivit contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform [anexelor nr. 8-a-8-d.](#) (la 04-10-2023 Alineatul (8), Articolul 1 a fost modificat de [Punctul 1., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023](#))

(9) Formularele menționate la alin. (1)-(8) se utilizează împreună cu formularele tipizate de „Factură” fără TVA, întocmite conform prevederilor [Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal](#), cu modificările și completările ulterioare.

(10) Furnizorii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate transmit factura și formularele prevăzute la

alin. (1)-(8) în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

ART. 2

~~(1) Anexele nr. 1-a - 1-j, 2-a - 2-n, 3-a - 3-j, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a - 8-c\* fac parte integrantă din prezentul ordin.~~

~~\*) Anexele nr. 1-a - 1-j, 2-a - 2-n, 3-a - 3-j, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a - 8-c se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 668 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul din șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, București.~~

~~(1) Anexele nr. 1-a-1-j, 2-a-2-n, 3-a-3-j, 4-a-4-c, 5-a-5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a-8-d\* fac parte integrantă din prezentul ordin.~~

~~(la 04-10-2023 Alineatul (1), Articolul 2 a fost modificat de Punctul 2., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)~~

~~(1) Anexele nr. 1-a-1-l, 2-a-2-n, 3-a-3-j, 4-a-4-c, 5-a-5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a-8-d\* fac parte integrantă din prezentul ordin.~~

~~(la 30-01-2024 Alineatul (1), Articolul 2 a fost modificat de Punctul 1., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024)~~

(1) Anexele nr. 1-a - 1-m, 2-a - 2-n, 3-a - 3-j, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a, 6-b, 7.1, 7.2 și 8-a - 8-d fac parte integrantă din prezentul ordin.

(la 30-07-2024 Alineatul (1) , Articolul 2 a fost modificat de Punctul 2 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024.)

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

ART. 3

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

ART. 4

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

- a) asigurați;
- b) cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale;
- c) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane;
- d) persoanele din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului

Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile [art. 203 alin. \(2\) din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile [art. 203 alin. \(2\) din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#);

f) persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare; (la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

g) persoanele neasigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru serviciile acordate la nivelul asistenței medicale primare; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile [art. 203 alin. \(2\) din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#);

h) persoanele care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la [art. 225 alin. \(1\) lit. a\), e\) și f\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru care se acordă servicii și medicamente, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

i) persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, după caz. (la 30-07-2024 Alineatul (1) , Articolul 4 a fost completat de [Punctul 3 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024.](#))

(2) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. f), în coloana „cod numeric personal/cod unic de identificare” se va completa numărul unic de identificare atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor [art. 4 alin. \(4\)\\*](#)) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022 a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

---

Întrucât prin [articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024, sintagma [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022](#) a fost înlocuită cu sintagma [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024](#), trimiterea la [articolul 1 alin. \(6\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022](#) se consideră a fi făcută la [articolul 4 alin. \(4\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024](#).

---

(3) În desfășurătoarele menționate la alin. (1), pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. h), în coloana „cod numeric personal/cod unic de identificare” se va completa numărul unic de identificare atribuit.

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

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

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

c) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Elveția/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate; se vor atașa copii ale cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate;

d) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare de formulare/documente europene, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular/document european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/ documentul, numărul de identificare a instituției respective. Tipurile de formulare europene sunt: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și documente europene S - corespondente acestor formulare; se vor atașa copii ale formularelor/ documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția

formularelor/documentelor europene (E 106, E 109, E 120, E 121)/S1/similar;

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

f) lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele, data nașterii, în cazul persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, cu modificările și completările ulterioare. Se vor atașa copii ale documentelor prevăzute de [Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018](#) privind aprobarea [Normelor metodologice](#) pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

(5) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la [pct. 1.1](#), 1.3 și 1.5 din anexa nr. 8-a nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

(6) În borderourile centralizatoare/extrasele borderourilor centralizatoare de la [pct. I, I.2, II](#) și [II.2 din anexa nr. 8-c](#) nu sunt înscrise prescripțiile eliberate persoanelor prevăzute la alin. (1) lit. f) cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

#### ART. 5

La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin se abrogă [Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021](#) pentru aprobarea [documentelor justificative](#) privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României,



Partea I, nr. 731 și 731 bis din 26 iulie 2021, cu modificările și completările ulterioare.

**ART. 6**

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

**ART. 7**

(1) Prevederile prezentului ordin se aplică pentru raportarea serviciilor medicale, respectiv a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, începând cu raportarea activității lunii iulie 2023.

(2) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Călin Gheorghe Fechete

București, 12 iulie 2023.

Nr. 563.

**ANEXA 1**

**ANEXE**

**ANEXE din  
12 iulie**

**2023**

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

**EMITENT: Casa Națională de Asigurări de Sănătate**

**PUBLICAT ÎN: Monitorul Oficial nr. 668 bis din 20 iulie 2023**

**Data intrării în vigoare:**

**20 Iulie 2023**

**Forma consolidată valabilă la data de**

**25 Septembrie 2024**

**Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de**

**18 Septembrie 2024**

**până la**

**25 Septembrie 2024**

**Istoric consolidări**



Aprobate prin [ORDINUL nr. 563 din 12 iulie 2023](#), publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 668 din 20 iulie 2023.

\*) Notă CTCE:

Forma consolidată a [ANEXELOR din 12 iulie 2023](#), publicate în Monitorul Oficial nr. 668 bis din 20 iulie 2023, la data de 25 Septembrie 2024 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: [ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023](#); [ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024](#); [ORDINUL nr. 228 din 21 februarie 2024](#); [ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#); [ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Conform [alineatului \(1\) al articolului III din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activității lunii iulie 2024.

Conform [alineatului \(1\) al articolului II din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024, prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activității lunii septembrie 2024.

ANEXA 1-a

_____	_____
Casa de asigurări de sănătate al furnizorului	Reprezentantul legal
_____	_____
.....	.....
_____	_____
Furnizorul de servicii medicale	Medic de familie
.....	.....
_____	_____
.....	(nume prenume)
_____	_____
Localitate .....	CNP medic de familie
.....	.....
_____	_____
Județ .....	_____
_____	_____



listă								
1								
2								
...								

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 1](#) și [NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se va bifa genul persoanei înscrise.

III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA [REGULAMENTULUI \(CE\) NR. 883/2004](#) AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ

Grupa de vârstă ....\*)

Codul Nr. Crt.	Nume și prenume	Data nașterii	Gen**)	Tipul de formular	Data document european	Număr de identificare personal/înscrieri	Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord	Vârsta
				(E106, E109, S2, E120, E121/S1/)				





2									
...									

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 1](#) și [NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

\*\*\*\*) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

[ANEXA 1-b](#)

#### CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI

CATEGORIA DIN CARE FACE PARTE ASIGURATUL	COD	Comentarii
Copil în cadrul familiei	100	
Copil încredințat sau dat în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat	101*)	
Tineri cu vârsta 18-26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe	102	

săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.		
Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416 /2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	103	
Studenti-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	104	
Persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat	105*)	
Soț, soție, părinți, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate	106	
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118 /1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din		



<p> motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, modificat prin O.G. nr. 105/1999, aprobată prin Legea nr. 189/2000.</p>	107.1	
<p> 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.</p>	107.2	
<p> Persoanele prevăzute în Legea recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 nr. 341 /2004, cu modificările și completările ulterioare</p>	107.3	
<p> 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</p>	107.4	

Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare		
Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare	107.5	
Persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448 /2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.	108	
Femei însărcinate sau lăuze	109	
Persoanele incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni.	110	
Persoanele fizice care realizează venituri din salarii și asimilate salariilor	200	
Persoane cu venituri din activități independente	203	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate	204	

intelectuală		
Persoane cu venituri din cedarea folosinței bunurilor (chirii, arendarea bunurilor agricole)	205	
Persoane cu venituri din investiții	206	
Persoane cu venituri din activități agricole, silvicultură și piscicultură	207	
Persoane fizice potrivit art. 180 din Legea 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare	208	
Lucrători imigranți, cu domiciliul sau reședința în România	210	
Alte surse, astfel cum sunt prevăzute la art. 114 din Codul fiscal	211	
Persoane prevăzute la art. 1 alin. (2) sau art. 23 alin. (3) sau art. 32 din O.U.G. nr. 158/2005	212	
Persoane preluate în plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă ca urmare a unui accident muncă sau a unei boli profesionale de către CNPP prin casele teritoriale/sectoriale de pensii	216	
Persoane cu venituri din contracte de activitate sportivă.	217	

Persoane cu venituri din asocierea cu o persoană juridică	218	
Persoane fizice care se află în concedii medicale incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale, precum și cele care se află în concedii medicale acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale.	300	
Persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în concediu pentru creșterea copilului potrivit prevederilor art. 2 și art. 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești	301	

acordate de aceste legi.		
persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care se află în executarea unei măsuri educative privative de libertate, precum și persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate;	302	
Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii, pentru aceste drepturile bănești.	303	
Persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și	304	

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.		
Persoanele fizice care beneficiază de ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare	305	
Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;	308	
Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte.	309	
Străinii cărora li s-a acordat una dintre formele de protecție stabilită de Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare	310	
Persoanele fizice care au calitatea de pensionari, pentru veniturile din pensii, precum și pentru veniturile realizate din drepturi de proprietate	314	

intelectuală care nu se încadrează în categoria "Pensionar de invaliditate"		
Pensionar de invaliditate	315	
Voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare	316	
Prestatorii casnici care utilizează și preschimbă în bani, potrivit legii, cel puțin 85 de tichete de activități casnice, lunar	229	
Donatorii de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient neînrudit sau înrudit, pentru o perioadă de 10 ani de la donare	228	
Pacienții din statele membre ale Uniunii		



Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106/S1/similar)	401	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord , beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E109/S1/similar)	402	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E120/S1/similar)	403	
Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E121/S1/similar)	404	
Beneficiari ai formularelor europene		

/documentelor europene (E106/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	405	
Beneficiari ai formularelor europene /documentelor europene (E109/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	406	
Beneficiari ai formularelor europene /documentelor europene (E120/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	407	
Beneficiari ai formularelor europene /documentelor europene (E121/S1/similar) eliberate de casa de asigurări de sănătate	408	
Pacienți din Quebec, beneficiari ai formularelor QUE/ROU 106	409	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 3	410	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 4	411	
Pacienți din Turcia, beneficiari ai formularelor TR/R 6	412	
Beneficiari ai formularelor ROU/QUE 106, eliberate de casa de asigurări de sănătate	413	
Beneficiari ai formularelor R/TR 3, eliberate de casa de	414	

asigurări de sănătate		
Beneficiari ai formularelor R/TR 4, eliberate de casa de asigurări de sănătate	415	
Beneficiari ai formularelor R/TR 6, eliberate de casa de asigurări de sănătate	416	
Beneficiari ai formularelor R/TR 5 eliberate de casa de asigurări de sănătate	417	
Pacienții din TURCIA, beneficiari ai formularelor TR/R 5	418	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 106 eliberate de casa de asigurări de sănătate	419	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 109 eliberate de casa de asigurări de sănătate	420	
Beneficiari ai formularelor RO/SRB 121 eliberate de casa de asigurări de sănătate	421	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 106	422	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 109	423	
Pacienții din SERBIA, beneficiari ai formularelor SRB/RO 121	424	

\*) 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.

ANEXA 1-c

Casa de asigurări de sănătate al furnizorului	Reprezentantul legal
.....	.....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie
.....	(nume prenume)
Localitate .....	CNP medic de familie
Județ .....	

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

ÎN LUNA .... ANUL .....

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

Codul Nr. categoriei din Crt. face parte asiguratul***)	Numele și prenumele înscrierii asiguratului pe listă	Data Data de pe listă	Gen*) M F	Cod numeric Data personal/Cod ieșirii unic de identificare listă	Adresa asiguratului	Vârsta implinită***) care

1.							
2.							
...							

\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

\*\*\*) 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 MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

B. Recapitulația asiguraților înscriși pe lista medicului de familie

Grupa de vârstă	Număr asigurați			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
1.	2.	3.	4.	5.
0-3 ani - masculin total din care:				
0-3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
0-3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
0-3 ani (persoane din statele membre				

ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - masculin				
0-3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
0-3 ani - feminin total din care:				
0-3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
0-3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
0-3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - feminin				

0-3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
4-18 ani - masculin total din care:				
4-18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin				
4-18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin				
4-18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
4-18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
4-18 ani (persoane din statele cu care România a				



încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
4-18 ani - feminin total din care:				
4-18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin				
4-18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin				
4-18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
4-18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
4-18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu				

prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
19 - 39 ani - masculin total din care:				
19-39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
19-39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
19-39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
19-39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
19-39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri,				

înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
19 - 39 ani - feminin total din care:				
19-39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
19-39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
19-39 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
19-39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
19-39 ani,				

(persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
40 - 59 ani - masculin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
40-59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
40-59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin				
40-59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) -				

masculin				
40-59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
40 - 59 ani - feminin total din care:				
40 - 59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
40-59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
40-59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
40-59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai				

formularelor/ documentelor europene) - feminin				
40-59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
60 ani și peste - masculin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflăte în custodia statului - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/ SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul				

Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin				
60 ani și peste - feminin total din care:				
60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin				
60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin				
60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin				
60 ani și peste, (persoane din				



statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin				
60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin				
TOTAL				

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - masculin + copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin

La grupa de vârstă "0 - 3 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - feminin + copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - masculin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - masculin + nr. copiilor instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale

UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "4 - 18 ani" - feminin: totalul > nr. copiilor încredințați sau dați în plasament - feminin + nr. copiilor instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - feminin.

La grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin + nr. persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin + nr. persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene + persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie - masculin.

La grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin: totalul > nr. persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin + nr. pensionarilor de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală)



1.								
2.								
...								

\*) Se va bifa genul persoanei înscrise.

\*\*\*) 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 MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#).

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

Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente (număr)		Intrări (număr)		Ieșiri (număr)		Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs (număr)	
Gen		Gen		Gen		Gen	
M	F	M	F	M	F	M	F

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

A. Intrări/Ieșiri în/din listă

						Statul	
				Tipul de		membru UE/	
		Gen*)	formular			SEE/	

			/		Confederația	
Codul			document	Număr de	Elvețiană/	
Nr. categoriei	Nume și Data		European	identificare	Regatului	Vârsta
crt. împlinită**)	prenume		(E106, personal/Cod	Unit al		
face parte	pe listă		E109, unic de	de pe	Unit al	
asiguratul			E120, E1	identificare	Britanii și	
	M   F		21/S1/		Irlandei de	
			similar)		Nord,	
					competent	
1.						
2.						

B. Recapitulația persoanelor din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, înscrise 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 - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani - feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:

\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

\*\*) Vârsta împlinită se completează conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 1](#) și [NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii



2.									

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

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

\*\*\*\*) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.

B. Recapitulăția persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise 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 - masculin				
0 - 3 ani - feminin				
4 - 18 ani - masculin				
4 - 18 ani - feminin				
19 - 39 ani - masculin				
19 - 39 ani -				



feminin				
40 - 59 ani - masculin				
40 - 59 ani - feminin				
60 ani și peste - masculin				
60 ani și peste - feminin				
TOTAL				

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului,  
 .....  
 semnătură electronică extinsă/calificată

NOTĂ:

\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

\*\*) Vârsta împlinită se completează conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 1](#) și [NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare. Pentru asigurații sub 1 an se trece vârsta (număr luni) la data înscrierii pe listă.

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

\*\*\*\*) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO 106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6

[ANEXA 1-d](#)

Casa de asigurări de sănătate al furnizorului	Reprezentantul legal
.....	.....
Furnizorul de servicii medicale .....	Medic de familie
.....	(nume prenume)

Localitate .....	CNP medic de familie
Județ .....	

DESFĂȘURĂTORUL PUNCTAJULUI ACTIVITĂȚII LUNARE A MEDICULUI DE FAMILIE

LUNA .... ANUL ....

1. Numărul de puncte "per capita"

Nr. Crt.	Grupa de vârstă	Nr. puncte*) / pers./ an	Nr. persoane asigurate**)	Nr. puncte realizat (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4 = 2 x 3
1.	0-3 ani - masculin		***)	
2.	0-3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
3.	0-3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
4.	0-3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			

5.	0-3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
6.	0-3 ani - feminin		****)	
7.	0-3 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
8.	0-3 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
9.	0-3 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
10.	0-3 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății,			

	înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
11.	4- 18 ani- masculin		*****)	
12.	4-18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - masculin			
13.	4-18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - masculin			
14.	4-18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
15.	4- 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - masculin			
16.	4- 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) -			

	masculin			
17.	4- 18 ani- feminin		*****)	
18.	4-18 ani, copii încredințați sau dați în plasament - feminin			
19.	4-18 ani, copii instituționalizați în centre de îngrijire și asistență - feminin			
20.	4-18 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
21.	4- 18 ani (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - feminin			
22.	4- 18 ani (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
23.	19-39 ani- masculin		*****)	

24.	19-39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
25.	19-39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
26.	19-39 ani, persoane private de libertate aflăte în custodia statului - masculin			
27.	19-39 ani, (persoane din statele membre ale UE / SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - masculin			
28.	19-39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			

29.	19 - 39 ani - feminin		*****))	
30.	19-39 ani, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
31.	19-39 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
32.	19-39 ani, persoane private de libertate aflăte în custodia statului - feminin			
33.	19-39 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - feminin			
34.	19-39 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista			

	medicului de familie) - feminin			
35.	40 - 59 ani - masculin		*****))	
36.	40-59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
37.	40-59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
38.	40-59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
39.	40-59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
40.	40-59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul			



	sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
41.	40 - 59 ani - feminin		*****))	
42.	40-59, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
43.	40-59 ani, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
44.	40-59 ani, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
45.	40-59 ani, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene) - feminin			
46.	40-59 ani, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu			

	prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
47.	60 ani și peste - masculin		*****))	
48.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - masculin			
49.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - masculin			
50.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - masculin			
51.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene) - masculin			
	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri,			

52.	convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - masculin			
53.	60 ani și peste - feminin		*****))	
54.	60 ani și peste, persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență - feminin			
55.	60 ani și peste, pensionari de invaliditate (care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionați din motive de boală) - feminin			
56.	60 ani și peste, persoane private de libertate aflate în custodia statului - feminin			
57.	60 ani și peste, (persoane din statele membre ale UE/SEE/ Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene)- feminin			
	60 ani și peste, (persoane din statele cu care România a încheiat			

58.	acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, înscrise pe lista medicului de familie) - feminin			
	TOTAL			

\*) Conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\), pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Conform [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare. Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" masculin (de la col. 3 rândul 1) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 2, 3, 4 și 5.

\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "0 - 3 ani" feminin (de la col. 3 rândul 6) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 7, 8, 9 și 10.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" masculin (de la col. 3 rândul 11) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 12, 13, 14, 15, și 16.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "4 - 18 ani" feminin (de la col. 3 rândul 17) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 18, 19, 20, 21 și 22.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" masculin (de la col. 3 rândul 23) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 24, 25, 26, 27 și 28.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "19 - 39 ani" feminin (de la col. 3 rândul 29) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 30, 31, 32, 33 și 34.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" masculin (de la col. 3 rândul 35) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 36, 37, 38, 39 și 40.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "40 - 59 ani" feminin (de la col. 3 rândul 41) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 42, 43, 44, 45 și 46.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" masculin (de la col. 3 rândul 47) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 48, 49, 50, 51 și 52.

\*\*\*\*\*) Numărul de persoane de la grupa de vârstă "60 de ani și peste" feminin (de la col. 3 rândul 53) nu cuprinde numărul de persoane prevăzut pentru aceeași grupă de vârstă în col. 3 la rândurile 54, 55, 56, 57 și 58.

Număr puncte pentru calculul sumei convenite:

I. Dacă total col. 4 este mai mic decât 22.000 inclusiv, plata per capita se realizează după cum urmează:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

II. a) În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, și numărul de puncte "per capita"/an depășește 22.000 puncte, plata per capita se realizează după cum urmează:

a.1) Dacă total col. 4 este cuprins între 22.001 -26.000 inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 22.001 + (Total col. 4 - 22.001) x 0,75

Dacă total col. 4 este peste 26.000:

Nr. puncte de decontat = 22.000 + (26.000 - 22.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,5

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

b.1) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

b.2) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,75

b.3) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (30.000 - 26.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,50

c) Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la [art. 2 alin. \(1\) de la capitolul I din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023](#), se calculează după cum urmează:

c.1) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = Total col. 4

c.2) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (Total col. 4 - 26.000) x 0,75

c.3) pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte "per capita"/an ce depășește 30.000:

Nr. puncte de decontat = 26.000 + (30.000 - 26.000) x 0,75 + (Total col. 4 - 30.000) x 0,50

III. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială din mediul urban și rural în condițiile prevederilor [art. 14 alin. \(2\) - \(4\) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#):

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

IV. Pentru medicii nou veniți într-o localitate - unitate administrativ teritorială/zonă urbană în condițiile prevederilor [art. 14 alin. \(5\) - \(8\) de la Capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#):

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

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

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

Total	din care:			
număr	Număr de puncte			
de	„per capita”:			
Număr puncte				Majorarea/
„per capita” pe		Condiții în		diminuarea
lunar				
lună menționat	pentru	care se	Condiții în	numărului
(col. 1				
la pct. 1	pentru	pct.	desfășoară	care se
1 +				de puncte
subpct. V din	cabinet	lucru	activitatea	desfășoară
col. 4				„per
„Desfășurătorul	(col. 1	(col. 1	cabinetului	activitatea
+/-				capita” în
punctajului	x Nr.	x Nr.	(col. 1 x	pct. de
col. 6				funcție de
activității	ore din	ore din	procent de	lucru
				gradul

sau						
lunare a	lună	lună	majorare	(col. 3 x		
profesional	col. 2					
medicului de	aferent	aferent	sau	procent de	(col. 1 x	
+ col.						
familie"	cabinet	pct.	col. 2 x	majorare)	procent de	
3 +						
(col. 1 = col.	/ Nr.	lucru/	procent de		majorare/	
col.4						
2 + col. 3 )	total	Nr.	majorare)		diminuare)	
+ col.						
	ore din	total				
5 +/-						
	lună)	ore din				
col. 6						
)		lună)				
1.	2.	3.	4	5	6	
7						

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

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

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

4.1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe

serviciu medical și acordate în cadrul pachetului de servicii medicale de bază

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea			



inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
<b>B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:</b>			
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate			

la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuzicii*8):			
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	X	X	X
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a			

9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40	X	X	X

de ani			
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înseriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			

d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichii]			
D. SERVICII MEDICALE	X	X	X
DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)			
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli			

(nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără elismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetric			
r) Tratamente intramuseular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			

ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologie*17)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

	Nr.		Nr.
--	-----	--	-----

Denumirea serviciului medical	puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului			



nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate -			

la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	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 leuzei la externarea din			

maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			

b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz			

[risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichii]			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă			

evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratatamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			

t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență			

cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

(la 30-07-2024 Tabelul de la Punctul 4.1. , Anexa 1-d a fost modificat și completat de Punctele 4 și 5 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

Precizări:

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și



completările ulterioare;

\*9) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*10) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*11) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*12) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*13) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare și conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*14) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2. anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*15) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*16) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*17) conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 4.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în [Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare ale [titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat"](#), cu modificările ulterioare, din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

4.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

				Caz nou	
				confirmat de	
		Nr.			

		contractului	medicul de		
		încheiat de	specialitate		Codul de
		medicul	pentru	Nr.	parafă al
de		Cod numeric	fiecare	Puncte/	medicului
		prevăzut în			
Nr.	Numele și	personal/	dintre	asigurat	
specialitate	Specialitatea	col. 6 cu			
crt.	prenumele	Cod unic de	serviciile	caz nou-	care a
medicului din	CAS				
col. 6	asiguratului	identificare	de la lit.	confirmat	confirmat
	(nr.		A, pct. 3 ,	din col.	cazul nou
	contract se		subpct. a1),	4*2)	din col. 4
	regăsește în		a2) și a3)		
	scrisoarea		din tabelul		
	medicală)		de la pct.		
			4.1*1)		
1	2	3	4	5	6
7	8				
1.				10	
2.				10	
3.				10	
...				...	
TOTAL	X	X	X		X
X	X				

\*1) Se va completa, după caz:  
- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA,

dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)  
 - cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC  
 - cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

\*2) Conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

4.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 4.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 4.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat = total col. 5 din tabelul 4.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în			

caz de boală pentru afecțiuni subacute			
e) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
3.1 Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță**4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			

b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
<b>B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:</b>			
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani) *7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			

h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuzicii*8):			
a) luarea în evidență în primul trimestru;	X	X	X
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;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere la			

cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			

d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscrși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			



b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
e) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extrație corp străin din fosele nazale			
h) Extrație corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extrație			

corpi străini țesut moale (anestezic, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecției purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetric			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu infectomat, perfuzii			

intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
H. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială*18)			
I. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical*19)			
J. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemie*20)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

	Nr.		Nr.
--	-----	--	-----

Denumirea serviciului medical	puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
3.1 Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță**4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea			

inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani) *7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate -			

la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a3-a până în luna a7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a7-a până în luna a			

9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40	X	X	X

de ani			
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			



d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli			

(nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			

ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv			

- include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
H. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială*18)			
I. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical*19)			
J. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*20)			
TOTAL PACHET MINIMAL	X		

(la 30-07-2024 Tabelul de la Punctul 5.1. , Anexa 1-d a fost

modificat și completat de Punctele 6 și 7 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Precizări:

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*4) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*5) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*6) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*7) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*8) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*9) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*10) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*11) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*12) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*13) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*14) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*15) conform lit. A punctul 1 subpunctul 1.5 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*16) conform [lit. A punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*17) conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*18) conform [lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.5. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*19) conform [lit. A punctul 1 subpunctul 1.1.1.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*20) conform [lit. A punctul 1 subpunctul 1.2.4. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 5.1 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de identificare, serviciile medicale acordate. Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca "urgență" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut în [Anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat"](#), cu modificările ulterioare, din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

5.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

				Caz nou			
				confirmat de			
		Nr.		medicul de			
		contractului		specialitate		Codul de	
		încheiat de		pentru	Nr.	parafă al	
		medicul		fiecare	Puncte/	medicului	
de		Cod numeric	prevăzut în	dintre	asigurat		
Nr.	Numele și	personal/	col. 6 cu	serviciile	caz nou -	care a	
specialitate	Specialitatea	Cod unic de	de la lit.	confirmat	confirmat		
crt.	prenumele	CAS					
medicului din	asiguratului	identificare					
col. 6	(nr.			A, pct. 4,	din col.	cazul nou	

		contract se		subpct. a1), 4*2)		din col. 4
		regăsește în		a2) și a3)		
		scrisoarea		din tabelul		
		medicală)		de la pct.		
				5.1*1)		
1	2	3	4	5	6	
7		8				
1.				10		
2.				10		
3.				10		
...				...		
TOTAL	X	X	X		X	
X		X				

\*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

\*2) Conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

5.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 5.1

Total număr puncte pe serviciu pe	Total număr de puncte pe caz nou confirmat =	Total număr de
-----------------------------------	--	----------------

lună menționat în col. 4 din tabelul 5.1	total col. 5 din tabelul 5.2	puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

5.4. Total puncte pe serviciu (suportate de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate) = total puncte col. 3 de la pct. 5.3

5.5. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu în raport cu gradul profesional, pentru serviciile din pachetul minimal:

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 5.4 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" minus total col. 4 lit. D de la desfășurătorul de la punctul 5.1	Majorarea/ Diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/ diminuare)	Total număr de puncte lunar (col.1+/- col. 2)
1	2	3

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

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. Servicii medicale pentru situațiile de			



urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.			
C. Servicii medicale curative:	X	X	X
1. Consultația în caz de boală*4) în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X
a. consultație pentru afecțiuni acute			
b. consultație pentru afecțiuni subacute			
c. consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *5)			

TOTAL	X		
-------	---	--	--

Precizare:

\*1) conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*2) Se raportează conform [lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*3) Se raportează conform [lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare; bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la [punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiu de asigurare;

\*4) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*5) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 6 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele titularului de card, data nașterii titularului, codul de identificare al instituției care a emis cardul, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate, copia cardului european de asigurări sociale de sănătate.

7. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la [lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical - consultație	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală*2)			
B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic*3) (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz), inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.			
TOTAL	X		

Precizare:

\*1) conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*2) Se raportează conform [lit. A - punctul 1 subpct. 1.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*3) Se raportează conform [lit. A - punctul 1 subpct. 1.2.4 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare; bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la [punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 7 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele persoanei, data nașterii titularului, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale.

8.1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe

serviciu medical și care pot fi acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			

4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:			
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor	X	X	X

cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)			
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):			
a) luarea în evidență în primul trimestru;	X	X	X
b) supravegherea, lunar, din luna a3-a până în luna a7 a.			

e) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații			

preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/ subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscrși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă – BPOC			



d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [rise cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE	X	X	X
DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)			
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv			

extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără elismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezic, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetric			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu			

include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu infectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice*2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță*3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet*4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea			

inițială a cazului nou*5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi]*6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani)*7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate -			

la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a3-a până în luna a7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a7-a până în luna a			

9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt*9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40	X	X	X

de ani			
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			



d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli			

(nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			

ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv			

- include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

(la 30-07-2024 Tabelul de la Punctul 8.1. , Anexa 1-d a fost modificat și completat de Punctele 8 și 9 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

Precizări:

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*7) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*8) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*9) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*10) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*11) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*12) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*13) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare și conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*14) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2. anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*15) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*16) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*17) conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: Desfășurătorul de la punctul 8.1 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct, pentru fiecare număr de identificare personal/cod unic de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular/document european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara - membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul/documentul, codul de identificare al acestei instituții, copie a formularului/ documentului care a deschis dreptul la servicii medicale, cu excepția formularelor/documentelor europene (E106, E109, E120, E121)/S1/similar.

8.2. Punctaj acordat pentru cazurile nou confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de

rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi

Codul de parafă al Puncte/ Nr. asigurată crt. confirmat		Cod numeric personal/ specialitate Cod unic de identificare confirmat	Tipul de formular/ contractului încheiat de document european Specialitatea (E106, E109, E120, Contract E121/S1/ regăsește în similar) scrisoarea medicală)	Statul membru UE/ SEE/ Confederația Elvețiană/ Regatului Unit al CAS Marii Britanii și Irlandei de Nord, competent	Caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare Nr. dintre serviciile de la lit. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3) din tabelul de la pct. 8.1*1)	
1	2	3	4	5	6	7
8		9	10			
1.						10
2.						10
3.						10
...						...

TOTAL	X	X	X	X	X
X		X	X		

\*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

\*2) Conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat.

8.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 8.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 8.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 7 din tabelul 8.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

9.1. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate, după caz, pacienților din statele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (pentru cei care beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la [lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare):

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în			

caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet *4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou *5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie			



obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi] *6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:			
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			

e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuzicii*8):			
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;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la			

naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lechuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice *10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani *11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani *12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR *13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			

b) episod acut/ subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înseriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			

D. SERVICII			
MEDICALE	X	X	X
DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)			
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușcu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără elismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial,			

înțepate			
superficial,			
necroze cutanate,			
escare, ulcere			
varicoase,			
dehiscențe plăgi,			
arsuri, extracție			
corpi străini țesut			
moale (anestezie,			
excizie, sutură,			
inclusiv			
îndepărtarea			
firelor, pansament,			
infiltrații,			
proceduri de			
evacuare colecției			
purulente)			
n) Supraveghere			
travaliu fără			
naștere			
o) Naștere			
precipitată			
p) Testul			
monofilamentului			
q) Peakflowmetric			
r) Tratamente			
intramuscular,			
intravenos,			
subcutanat, (nu			
include medicația)			
s) Pansamente,			
suprimat fire			
ș) Administrarea de			
oxigen până la			
predarea către			
echipajul de prim			
ajutor			
t) Recoltare pentru			
test			
Babeș-Papanicolau			
pentru femeile			
simptomatice sau			
care planifică o			
sarcină			
ț) Testul Frax -			
calcularea riscului			
de fractură la			

pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului *15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC *16)			
G. Confirmare caz oncologic *17)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice	X	X	X

*2) :			
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet *4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou *5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală			



cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi] *6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			

g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	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;			
d1) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea leuzei la 4			

săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice*9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice *10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani *11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani *12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR *13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/ subacut/acutizări ale bolilor cronice			

c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscrisi pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X

a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase,			

dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârstă de peste 25 de ani, până la vârstă de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			

t) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu inectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului *15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru			

bolnavul TBC *16)			
G. Confirmare caz oncologic *17)			
TOTAL PACHET BAZA	X		

(la 30-07-2024 Tabelul de la Punctul 9.1. , Anexa 1-d a fost modificat și completat de Punctele 10 și 11 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Precizări:

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*7) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*8) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*9) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*10) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*11) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*12) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*13) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările





				9.1.*1)	
1	2	3	4	5	6
7		8	9		
1.					10
2.					10
3.					10
...					...
TOTAL	X	X	X	X	
X		X	X		

\*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2)

- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

\*2) Conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, punctajul se acordă o singură dată/asigurat, în luna în care a fost confirmat;

9.3. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.1

Total număr puncte pe serviciu pe lună menționat în col. 4 din tabelul 9.1	Total număr de puncte pe caz nou confirmat menționat în col. 6 din tabelul 9.2	Total număr de puncte lunar
1	2	3 = 1 + 2

~~9.4. Desfășurătorul serviciilor medicale incluse în plata pe serviciu medical ce pot fi acordate persoanelor cărora le sunt aplicabile prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina~~

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemicoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu			

boli cronice - la cabinet *4)			
4. Management de caz:	X	X	X
a) evaluarea inițială a cazului nou *5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi] *6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații			

periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *7)	X	X	X
a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):			
a) luarea în evidență în primul trimestru;	X	X	X
b) supravegherea, lunar, din luna			

a3-a până în luna a 7-a.			
e) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			

4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedepasabili înscși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie			

obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz [rise cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE	X	X	X
DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)			
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp			



străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără elismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetric			
r) Tratamente intramuscular,			

intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente, suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu infectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrie			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			

TOTAL PACHET BAZĂ	X		
-------------------	---	--	--

Denumirea serviciului medical	Nr. puncte*1) pe serviciu medical	Număr servicii medicale	Nr. total de puncte
1	2	3	4 = 2 x 3
A. SERVICII MEDICALE CURATIVE	X	X	X
1. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice *2):	X	X	X
a) consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute			
b) consultația în caz de boală pentru afecțiuni subacute			
c) consultația în caz de boală pentru acutizările unor afecțiuni cronice			
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță *3)			
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet *4)			
4. Management de caz:	X	X	X

a) evaluarea inițială a cazului nou *5)	X	X	X
a1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
a2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
a3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi			
b) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi] *6)			
B. SERVICII MEDICALE PREVENTIVE ȘI PROFILACTICE:	X	X	X
1. Consultațiile preventive (consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani) *7)	X	X	X

a1) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului			
a2) la externarea din maternitate - la cabinet			
b1) la 1 lună - la domiciliul copilului			
b2) la 1 lună - la cabinet			
c) la 2 luni			
d) la 4 luni			
e) la 6 luni			
f) la 9 luni			
g) la 12 luni			
h) la 15 luni			
i) la 18 luni			
j) la 24 luni			
k) la 36 luni			
l) anual pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 18 ani;			
2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei*8):	X	X	X
a) luarea în evidență în primul trimestru;			
b) supravegherea, lunar, din luna a3-a până în luna a7-a.			
c) supravegherea, de două ori pe			

lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;			
d1) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;			
d2) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la cabinet;			
e1) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;			
e2) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet;			
3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic	X	X	X
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice *9)			
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt *9)			
c) asigurați cu vârsta > 40 ani - persoane asimptomatice*10)			
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni	X	X	X

pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani			
a) asigurați cu vârsta între 40 și 60 ani*11)			
b) asigurați cu vârsta de peste 60 ani*12)			
C. CONSULTAȚII LA DOMICILIUL ASIGURAȚILOR*13)	X	X	X
a) consultații pentru situații de urgență			
b) episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice			
c) boli cronice			
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie	X	X	X
d.1) evaluarea inițială a cazului nou:	X	X	X
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)			
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC			
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală			

cronică de rinichi			
d2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz [risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2), astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi!			
D. SERVICII MEDICALE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE*14)	X	X	X
a) Spirometrie			
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore			
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț			
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei			
e) Tușeu rectal			
f) Tamponament anterior epistaxis			
g) Extracție corp străin din fosele nazale			
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen			



i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)			
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie			
k) Sondaj vezical			
m) Tratamentul chirurgical al panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)			
n) Supraveghere travaliu fără naștere			
o) Naștere precipitată			
p) Testul monofilamentului			
q) Peakflowmetrie			
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)			
s) Pansamente,			

suprimat fire			
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor			
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății			
ț) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză			
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase			
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații			
x) Spălătură gastrică			
y) Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la			

vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate			
E. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului*15)			
F. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC*16)			
G. Confirmare caz oncologic*17)			
TOTAL PACHET BAZĂ	X		

(la 30-07-2024 Tabelul de la Punctul 9.4. , Anexa 1-d a fost modificat și completat de Punctele 12 și 13 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Precizări:

\*1) conform art. 1 alin. (3) lit. a) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.2.2. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*4) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*5) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. a) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*6) conform lit. B punctul 1 subpunctul 1.1.4.1 lit. b) din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și conform art. 1 alin. (3) lit. a) din

[anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*7) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*8) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.2 și 1.2.2.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*9) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.1 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*10) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.3.2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*11) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.6 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*12) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.2.7 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*13) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.3 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare și conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*14) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.4.2. anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*15) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.5 - NOTA 2 din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*16) conform [lit. B punctul 1 subpunctul 1.6.1. din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*17) conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul de la pct. 9.4 va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare număr unic de identificare a persoanei beneficiare serviciile medicale acordate, cu specificarea următoarelor informații: numele și prenumele persoanei, data nașterii, copia documentului care a deschis dreptul la servicii medicale (documentele sunt cele prevăzute în [Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018](#), cu modificările și completările ulterioare).

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

9.5. Punctaj acordat pentru cazurile nou-confirmate pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt (HTA, dislipidemie, boală cronică de

rinichi sau diabet zaharat tip 2); astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boală cronică de rinichi - pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024

1	2	3	4	5	6
al	Nr.	contractului	Caz nou confirmat de medicul de specialitate	Nr. Puncte/ persoană	Codul de parafă
medicului de	Numele și specialitate	Număr unic de identificare	prevăzut în contract se regăsește în	beneficiară	care a
Nr. specialitate	Crt. prenumele medicului din CAS	de la lit. (nr. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3)	de la lit. (nr. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3)	cas	din col.
confirmat	confirmat	col. 6	de la lit. (nr. A, pct. 4, subpct. a1), a2) și a3)	nou- din col. 4	cazul
nou	4	regăsește în	a2) și a3)	*2)	din col.
4	scrisoarea medicală)		din tabelul de la pct. 9.4 *1)		
1.	8			10	
2.				10	
3.				10	
...				...	

TOTAL	X	X	X	X
X	X			

\*1) Se va completa, după caz:

- cifra 1 pentru cazul nou de risc cardiovascular (HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2)
- cifra 2 pentru cazul nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC
- cifra 3 pentru cazul nou de boală cronică de rinichi

\*2) Conform [art. 1 alin. \(3\) lit. a\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr.1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare; punctajul se acordă o singură dată/persoană beneficiară, în luna în care a fost confirmat; (la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

9.6. Recalcularea numărului de puncte pentru plata pe serviciu pentru serviciile din tabelul 9.4

10. TOTAL GENERAL PUNCTE PE SERVICIU = total pct. 4.3 + total pct. 6 + total pct.7 + total pct. 8.3 + total pct. 9.3 + total pct. 9.6 Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

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

Număr de puncte pe serviciu pe lună menționat la pct. 10 din "Desfășurătorul punctajului activității lunare a medicului de familie" minus total col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 4.1, minus col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 8.1, minus total pct. col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 9.1,	Majorarea/ diminuarea numărului de puncte pe serviciu în funcție de gradul profesional (col. 1 x procent de majorare/ diminuare)	Total număr de puncte lunar (col. 1 +/- col. 2)
---	--	---

minus total pct. col. 4, lit. D de la desfășurătorul de la punctul 9.4		
1.	2.	3.

NOTĂ: Desfășurătoarele din anexa 1-d) se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

[ANEXA 1-e](#)

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 în trimestrul

.....

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

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

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

\*\*\*) Se va trece cu plus numărul de puncte omise la raportare





Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Sumele aferente veniturilor medicilor de familie nou veniți într-o  
unitate administrativ-teritorială și sumele aferente administrării și funcționării acestor cabinete

Număr de zile lucrătoare ale lunii	Număr zile lucrate	Venit lunar *)	Suma necesară pentru chelt. de administrare și funcționare a cabinetului medical**) 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. 17 lit. a\) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

\*\*) Conform [art. 17 lit. b\) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023](#).

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

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.  
[ANEXA 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 unitate  
 administrativ-teritorială, trimestrul ....

Luna	Număr medici	Sumă aferentă unei listă echilibrată de 800 de asigurați *)	Sume necesare pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului medical**)	Total sume
1.	2.	3.	4.	5 = 3+4
TOTAL				

Sume raportate în plus sau în minus***)				
---	--	--	--	--

\*) Sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte „per capita” aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, conform [art. 6 din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Conform [art. 17 lit. b\) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023](#) și conform [art. 6 din Anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), 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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
ECONOMICE

.....  
....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI  
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

	Întocmit,
.....	

NOTĂ: Formularul din Anexa 1-g se întocmește trimestrial 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 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA 1-h

Casa de asigurări de sănătate	Reprezentantul legal al
.....	furnizorului
Furnizorul de servicii medicale	
.....	Medic de familie
Localitate	.....
.....	(nume, prenume)
Județ	CNP medic de familie
.....	.....

DESFĂȘURĂTORUL ACTIVITĂȚII LUNARE A  
MEDICULUI DE FAMILIE NOU VENIT\*)

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

\*) Pentru medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, care au încheiate convenții de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, în baza cărora beneficiază de venituri în conformitate cu [art. 17](#) și [art. 14 alin. \(4\) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023](#).

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

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din Anexa 1-h se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ANEXA 1-i

Casa de asigurări de sănătate	
.....	Reprezentantul legal al
furnizorului	
Furnizorul de servicii medicale	
.....	
.....	Medic de familie
.....	
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ	
.....	CNP medic de familie
.....	
.....	

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE  
INCLUDE ÎN PLATA "PER CAPITA"

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

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE INCLUDE ÎN PLATA "PER CAPITA"  
ȘI ACORDATE ÎN CADRUL PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

<del>formularelor/</del>	<del>Persoane asigurate</del>	<del>Beneficiari ai</del>	
	<del>beneficiare ale</del>	<del>documentelor europene</del>	
	<del>pachetului de bază</del>		
<del>de</del>	<del>Nr. CNP-uri</del>	<del>Nr. Coduri unice</del>	
<del>Denumirea beneficiare</del>	<del>Număr beneficiare/</del>	<del>Număr</del>	<del>identificare</del>
<del>serviciului</del>	<del>servicii</del>	<del>Coduri unice</del>	<del>servicii/ numere de</del>

identificare|  
|medical\*)| |medicale|de| |medicale|personale

| | |identificare| |

I. SERVICII

MEDICALE INCLUSE ÎN

PLATA „PER CAPITA”

1. Servicii

medicale pentru

situațiile de

urgență

medico-chirurgicală

2. Supraveghere

(evaluarea

factorilor

ambientali,

consiliere privind

igiena

alimentației) și

depistare de boli

cu potențial

endemo-epidemic

(examen clinic,

diagnostic

prezumtiv,

trimitere către

structurile de

specialitate pentru				
investigații,				
confirmare,				
tratament adecvat				
și măsuri				
igienico-sanitare				
specifice, după				
caz), inclusiv				
pentru bolnavul TBC				
nou descoperit				
activ de medicul de				
familie				

3. Consultații				
pentru acordarea				
serviciilor de	x	x	x	x
planificare				
familială:				

a) consilierea				
femeii privind				
planificarea				
familială;				

b) indicarea unci				
metode				
contraceptive la				
persoanele fără				

rise.				

4. Consultațiile				
pentru afecțiunile				
cronice acordate la				
distanță				

5. Activități de				
suport - eliberare	x	x	x	x
de documente				
medicale:				

a) certificate de				
concediu medical;				

b) bilete de				
trimitere;				

c) adeverințe				
medicale pentru				
copii în caz de				
îmbolnăviri;				

d) acte medicale				
necesare copiilor				
pentru care a fost				
stabilită o măsură				
de protecție				



specială, în condițiile legii;

e) adevărate medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic eliberate conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unitățile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna și recreerea copiilor și

tinerilor, cu

modificările

ulterioare;

f) prescripții

medicale

g) avize

epidemiologice

pentru (re)intrare

în colectivitate,

conform Ordinului

ministrului

sănătății și al

ministrului

educației nr. 438/

4629/2021 privind

asigurarea

asistenței medicale

a preșcolarilor,

elevilor din

unitățile de

învățământ

preuniversitar și

studenților din

instituțiile de

învățământ superior

pentru menținerea

stării de sănătate  
a colectivităților  
și pentru  
promovarea unui  
stil de viață  
sănătos;

---

h) fișa medicală  
sintetică necesară  
copiilor cu  
dizabilități pentru  
încadrarea și  
reevaluarea în grad  
de handicap,  
conform Ordinului  
ministrului muncii,  
familiei,  
protecției sociale  
și persoanelor  
vârstnice,  
ministrului  
sănătății și  
ministrului  
educației naționale  
nr. 1985/1305/5805/  
2016 privind  
aprobarea  
metodologiei pentru

evaluarea și				
intervenția				
integrată în				
vederea încadrării				
copiilor cu				
dizabilități în				
grad de handicap, a				
orientării școlare				
și profesionale a				
copiilor cu cerințe				
educaționale				
speciale, precum și				
în vederea				
abilitării și				
reabilitării				
copiilor cu				
dizabilități și/sau				
cerințe				
educaționale				
speciale;				
<hr/>				
i) adeverințe				
încadrare în muncă				
pentru șomerii				
beneficiari ai				
pachetului de bază;				
<hr/>				
j) documente				

medicale, potrivit  
domeniului de  
competență,  
necesare pentru  
evaluarea și  
reevaluarea în  
vederea încadrării  
în grad de  
handicap, precum și  
în contextul  
dispunerii,  
prelungirii,  
înlocuirii sau  
ridicării măsurii  
de ocrotire;

k) recomandare  
pentru îngrijiri  
medicale la  
domiciliu;

l) recomandare  
pentru îngrijiri  
paliative la  
domiciliu;

m) recomandare  
pentru dispozitive

medicale de				
protezare stomii și				
incontinență				
urinară, cu				
excepția				
cateterului urinar.				

---

## II. CONSULTAȚIILE

prevăzute la				
subpunctele 1.1.2,				
1.1.3.1, 1.3 și				
serviciile de la				
pet. 1.4.2 de la				
litera B din Anexa				
1 la Ordinul MS/				
CNAS nr. 1857/441/				
2023, cu				
modificările și	x	x	x	x
completările				
ulterioare, care				
depășesc limitele				
prevăzute la art. 1				
alin. (2) lit. a),				
pet. 3, art. 1				
alin. (3), lit. b)				
și art. 15 alin.				
(2) din Anexa 2 la				
același ordin**),				

respectiv:

#### A. Servicii

medicale curative

##### 1. Consultația în

caz de boală:

a) consultație

pentru afecțiuni

acute

b) consultație

pentru afecțiuni

subacute

c) consultație

pentru acutizările

unor afecțiuni

cronice

##### 2. Consultațiile

pentru bolile cu

potențial

endemoepidemic ce

necesită izolare,

acordate la

distanță.

3. Consultații				
periodice pentru				
îngrijirea generală				
a asiguraților cu				
boli cronice - la				
cabinet				
B. Consultații la				
domiciliul	X	X	X	X
asiguraților				
1. urgență				
2. episod acut/ subacut/acutizări ale bolilor cronice				
3. boli cronice				
C. Constatarea				
decesului cu sau				
fără eliberarea				
certificatului				
medical constatator				
al decesului				
D. Serviciile				



medicale				
diagnostice și				
terapeutice				
<hr/>				
a) Spirometrie				
<hr/>				
b) Măsurarea				
ambulatorie a				
tensiunii arteriale				
24 ore				
<hr/>				
c) Măsurarea				
indicelui de				
presiune gleznă				
braț				
<hr/>				
d) Efectuarea și				
interpretarea				
electrocardiogramei				
<hr/>				
e) Tușeu rectal				
<hr/>				
f) Tamponament				
anterior epistaxis				
<hr/>				
g) Extracție corp				
străin din fosele				
nazale				

h) Extracție corp				
străin din				
conductul auditiv				
extern inclusiv				
dopul de cerumen				
i) Administrare				
medicație aerosoli				
(nu include				
medicația)				
j) Evacuare fecalom				
cu/fără elismă				
evacuatorie				
k) Sondaj vezical				
m) Tratamentul				
chirurgical al				
panarițiului,				
abcesului,				
furunculului,				
leziunilor cutanate				
plăgi tăiate				
superficial,				
înțepate				
superficial,				

necroze cutanate,

escare, ulcere

varicoase,

dehiscențe plăgi,

arsuri, extracție

corpi străini țesut

moale (anestezic,

excizie, sutură,

inclusiv

îndepărtarea

firelor, pansament,

infiltrații,

proceduri de

evacuare colecții

purulente)

n) Supraveghere

travaliu fără

naștere

o) Naștere

precipitată

p) Testul

monofilamentului

q) Peakflowmetric

r) Tratamente  
intramuscular,  
intravenos,  
subcutanat, (nu  
include medicația)

s) Pansamente,  
suprimat fire

ș) Administrarea de  
oxigen până la  
predarea către  
echipajul de prim  
ajutor

t) Recoltare pentru  
test  
Babeș-Papanicolau  
pentru femeile  
simptomatice sau  
care planifică o  
sarcină

ț) Testul Frax -  
calcularea riscului  
de fractură la  
pacienții cu  
osteoporoză

u) Tratamente				
intravenoase cu				
infectomat,				
perfuzii				
intravenoase				
v) Imobilizarea				
unei fracturi,				
entorse, luxații				
x) Spălătură				
gastrică				

formularelor/	Persoane asigurate	Beneficiari ai		
	beneficiare ale	documentelor europene		
	pachetului de bază			
de	Nr. CNP-uri	Nr. Coduri unice		
Denumirea	Număr	beneficiare/	Număr	identificare-
beneficiare	servicii	Coduri unice	servicii	/ numere de
serviciului	medicale	de	medicale	personale
identificare				
medical*)	identificare			
I. SERVICII				

MEDICALE INCLUSE ÎN				
PLATA „PER CAPITA”				
<hr/>				
1. Servicii				
medicale pentru				
situațiile de				
urgență				
medico-chirurgicală				
<hr/>				
2. Supraveghere				
(evaluarea				
factorilor				
ambientali,				
consiliere privind				
igiena				
alimentației) și				
depistare de boli				
cu potențial				
endemo-epidemic				
(examen clinic,				
diagnostic				
prezumtiv,				
trimitere către				
structurile de				
specialitate pentru				
investigații,				
confirmare,				
tratament adecvat				

și măsuri				
igienico-sanitare				
specifice, după				
caz), inclusiv				
pentru bolnavul TBC				
nou descoperit				
activ de medicul de				
familie				
<hr/>				
3. Consultații				
pentru acordarea				
serviciilor de	x	x	x	x
planificare				
familială:				
<hr/>				
a) consilierea				
femeii privind				
planificarea				
familială;				
<hr/>				
b) indicarea unei				
metode				
contraceptive la				
persoanele fără				
risc.				
<hr/>				
4. Consultațiile				
pentru afecțiunile				

cronice acordate la distanță				
<hr/>				
5. Activități de suport - eliberare de documente medicale:	x	x	x	X
<hr/>				
a) certificate de concediu medical;				
<hr/>				
b) bilete de trimitere;				
<hr/>				
c) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;				
<hr/>				
d) acte medicale necesare copiilor pentru-care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;				
<hr/>				
e) adeverințe				



medicale pentru				
înscrisura în				
colectivitate				
necesare la				
înscrisura în				
unitățile de				
învățământ, dovada				
de (re)vaccinare				
(carnet de				
vaccinări), avizul				
epidemiologic -				
eliberate conform				
Ordinului				
ministrului				
sănătății nr. 1456/				
2020 pentru				
aprobarea Normelor				
de igienă din				
unitățile pentru				
ocrotirea,				
educarea,				
instruirea, odihna				
și recreerea				
copiilor și				
tinerilor, cu				
modificările				
ulterioare;				

—|

f) prescripții				
medicale				
<hr/>				
g) avize				
epidemiologice				
pentru (re)intrare				
în colectivitate,				
conform Ordinului				
ministrului				
sănătății și al				
ministrului				
educației nr. 438/				
4629/2021 privind				
asigurarea				
asistenței medicale				
a preșcolarilor,				
elevilor din				
unitățile de				
învățământ				
preuniversitar și				
studentilor din				
instituțiile de				
învățământ superior				
pentru menținerea				
stării de sănătate				
a colectivităților				
și pentru				
promovarea unui				

stil de viață				
sănătos;				
<hr/>				
h) fișa medicală				
sintetică necesară				
copiilor cu				
dizabilități pentru				
încadrarea și				
reevaluarea în grad				
de handicap,				
conform Ordinului				
ministrului muncii,				
familiei,				
protecției sociale				
și persoanelor				
vârstnice,				
ministrului				
sănătății și				
ministrului				
educației naționale				
nr. 1985/1305/5805/				
2016 privind				
aprobarea				
metodologiei pentru				
evaluarea și				
intervenția				
integrată în				
vederea încadrării				

copiilor cu				
dizabilități în				
grad de handicap, a				
orientării școlare				
și profesionale a				
copiilor cu cerințe				
educaționale				
speciale, precum și				
în vederea				
abilitării și				
reabilitării				
copiilor cu				
dizabilități și/sau				
cerințe				
educaționale				
speciale;				
<hr/>				
i) adeverințe				
încadrare în muncă				
pentru șomerii				
beneficiari ai				
pachetului de bază;				
<hr/>				
j) documente				
medicale, potrivit				
domeniului de				
competență,				
necesare pentru				

evaluarea și				
reevaluarea în				
vederea încadrării				
în grad de				
handicap, precum și				
în contextul				
dispunerii,				
prelungirii,				
înlocuirii sau				
ridicării măsurii				
de ocrotire;				

k) recomandare				
pentru îngrijiri				
medicale la				
domiciliu;				

l) recomandare				
pentru îngrijiri				
paliative la				
domiciliu;				

m) recomandare				
pentru dispozitive				
medicale de				
protezare stomii și				
incontinență				
urinară, cu				

excepția				
cateterului urinar.				
<hr/>				
II. CONSULTAȚIILE				
prevăzute la				
subpunctele 1.1.2,				
1.1.3.1, 1.3 și				
serviciile de la				
pct. 1.4.2 de la				
litera B din Anexa				
1 la Ordinul MS/				
CNAS nr. 1857/441/				
2023, cu				
modificările și	x	x	x	x
completările				
ulterioare, care				
depășesc limitele				
prevăzute la art. 1				
alin. (2) lit. a),				
pct. 3, art. 1				
alin. (3), lit. b)				
și art. 15 alin.				
(2) din Anexa 2 la				
același ordin**),				
respectiv:				
<hr/>				
A. Servicii				
medicale curative				

1. Consultația în caz de boală:				
a) consultație pentru afecțiuni acute				
b) consultație pentru afecțiuni subacute				
c) consultație pentru acutizările unor afecțiuni cronice				
2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță.				
3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală				

a asiguraților cu boli cronice - la cabinet				
<hr/>				
B. Consultații la domiciliul asiguraților	X	X	X	X
<hr/>				
1. urgență				
<hr/>				
2. episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice				
<hr/>				
3. boli cronice				
<hr/>				
C. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator al decesului				
<hr/>				
D. Serviciile medicale diagnostice și terapeutice				
<hr/>				



a) Spirometrie				
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore				
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț				
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei				
e) Tușeu rectal				
f) Tamponament anterior epistaxis				
g) Extracție corp străin din fosele nazale				
h) Extracție corp străin din conductul auditiv				

extern - inclusiv				
dopul de cerumen				
<hr/>				
i) Administrare				
medicație aerosoli				
(nu include				
medicația)				
<hr/>				
j) Evacuare fecalom				
cu/fără clismă				
evacuatorie				
<hr/>				
k) Sondaj vezical				
<hr/>				
m) Tratamentul				
chirurgical al				
panarițiului,				
abcesului,				
furunculului,				
leziunilor cutanate				
- plăgi tăiate				
superficial,				
înțepate				
superficial,				
necroze cutanate,				
escare, ulcere				
varicoase,				
dehiscente plăgi,				

arsuri, extracție				
corpi străini țesut				
moale (anestezie,				
excizie, sutură,				
inclusiv				
îndepărtarea				
firelor, pansament,				
infiltrații,				
proceduri de				
evacuare colecții				
purulente)				
<hr/>				
n) Supraveghere				
travaliu fără				
naștere				
<hr/>				
o) Naștere				
precipitată				
<hr/>				
p) Testul				
monofilamentului				
<hr/>				
q) Peakflowmetrie				
<hr/>				
r) Tratamente				
intramuscular,				
intravenos,				
subcutanat, (nu				

include medicația)				
s) Pansamente, suprimat fire				
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor				
t) Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății				
ț) Testul Frax -				

calcularea riscului				
de fractură la				
pacienții cu				
osteoporoză				
<hr/>				
u) Tratamente				
intravenoase cu				
injecomat,				
perfuzii				
intravenoase				
<hr/>				
v) Imobilizarea				
unei fracturi,				
entorse, luxații				
<hr/>				
x) Spălătură				
gastrică				
<hr/>				
y) Serviciu de				
consiliere pentru				
recoltare în				
vederea efectuării				
testului imunologic				
cantitativ pentru				
depistarea				
hemoragiilor oculte				
în materiile				
fecale, pentru				

femei și bărbați cu				
vârsta de peste 50				
de ani, până la				
vârsta de 74 de				
ani, inclusiv				
- include kitul de				
recoltare, pentru				
care furnizorul				
trebuie să dețină o				
evidență				
cantitativă privind				
intrările și				
consumul corelat cu				
serviciile medicale				
raportate				

(la 30-07-2024 Tabelul din Anexa 1-i a fost modificat și completat de [Punctele 14 și 15 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

\*) Serviciile medicale nominalizate la [art. 1 alin. \(2\) lit. e\) din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Consultațiile realizate de medicii de familie pot fi decontate conform prevederilor [art. 15 alin. \(4\)-\(7\) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 1-i se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al

furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ANEXA 1-j

Casa de asigurări de sănătate	
.....	Reprezentantul legal al
furnizorului	
Furnizorul de servicii medicale	
.....	
.....	Medic de familie
.....	
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ	
.....	CNP medic de familie
.....	

~~I. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE – ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ – PENTRU COPII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 2 ȘI 18 ANI, PRECUM ȘI PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA ÎNTRE 18 ȘI 39 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 DE LA PUNCTUL 1.2.1, RESPECTIV NOTA 1 LIT. a) – b) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE~~

I. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ – PENTRU COPII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 2 ȘI 18 ANI, PRECUM ȘI PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA ÎNTRE 18 ȘI 39 DE ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 DE LA PUNCTUL 1.2.1, RESPECTIV NOTA 1 LIT. a)-b) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE (la 04-10-2023 Titlul Tabelului de la Punctul I., Anexa 1-j a fost modificat de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) /((codul)
----------	---------------------------------	--	---	--

C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

\*\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~II. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE -- ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ -- PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA DE PESTE 40 ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 LIT. c) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE~~

II. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR PREVENTIVE DIN PACHETUL DE BAZĂ - PENTRU PERSOANELE ASIMPTOMATICE CU VÂRSTA DE PESTE 40 DE ANI PREVĂZUTE LA NOTA 1 LIT. c) DE LA PUNCTUL 1.2.3 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA [ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023](#), CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

(la 04-10-2023 Titlul Tabelului de la Punctul II., Anexa 1-j a fost modificat de [Punctul 4., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023](#))

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

\_\_\_\_\_



Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~III. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA [NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.6 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023](#), CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE~~

III. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 DE ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA [NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.6 DE LA LIT. B DIN](#)

ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

(la 04-10-2023 Titlul Tabelului de la Punctul III., Anexa 1-j a fost modificat de Punctul 5., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

~~— IV. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE — ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU~~

~~UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.7 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE~~

IV. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE PENTRU PERSOANE CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI, CARE SE ACORDĂ LA CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE, ÎN MOD ACTIV ADULȚILOR CARE SUNT DEJA ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE BOLI CRONICE, PREVĂZUTE LA NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.7 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII ȘI AL PREȘEDINTELUI CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NR. 1.857/441/2023, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

(la 04-10-2023 Titlul Tabelului de la Punctul IV., Anexa 1-j a fost modificat de Punctul 6., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

V. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR ÎN CADRUL CONSULTAȚIILOR DE MONITORIZARE A EVOLUȚIEI SARCINII, PREVĂZUTE LA [PUNCTUL 1.2.2 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023](#), CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE  
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratei, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacientele statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiare de formulare/documente europene, respectiv pentru pacientele din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

VI. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR, PENTRU ASIGURAȚII ADULȚI CARE NU

PREZINTĂ SIMPTOME SUGESTIVE PENTRU DIABET ZAHARAT, CU VÂRSTA DE 18 ANI ȘI PESTE, SUPRAPONDERALI/OBEZI ȘI/SAU CARE PREZINTĂ UNUL SAU MAI MULȚI FACTORI DE RISC PENTRU DIABETUL ZAHARAT, CU OCAZIA ACORDĂRII ALTOR TIPURI DE CONSULTAȚII, DACĂ PERSOANA NU A MAI EFECTUAT INVESTIGAȚIILE RECOMANDATE ÎN ULTIMELE 6 LUNI, PREVĂZUTE LA [NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.8 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023](#), CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE  
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

VII. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA NUMĂRULUI DE BILETE DE TRIMITERE EMISE PENTRU INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR, PENTRU ASIGURĂȚII ADULȚI, CU VÂRSTA DE 18 ANI ȘI PESTE, CARE NU PREZINTĂ SIMPTOME SUGESTIVE PENTRU BOALA CRONICĂ DE RINICHI, DAR CARE AU UNUL SAU MAI MULȚI FACTORI DE RISC PENTRU BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI, CU OCAZIA ACORDĂRII ALTOR TIPURI DE

CONSULTAȚII, DACĂ PERSOANA NU A MAI EFECTUAT INVESTIGAȚIILE RECOMANDATE ÎN ULTIMELE 6 LUNI, PREVĂZUTE LA [NOTA 2 DE LA PUNCTUL 1.2.8 DE LA LIT. B DIN ANEXA NR. 1 LA ORDINUL MS/CNAS NR. 1857/441/2023](#), CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE  
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafa medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate**) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
TOTAL		X	X	X
				...
TOTAL		X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X

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

\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 1-j se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ANEXA 1-k

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitatea .....

Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Medic de familie .....

(numele și prenumele)

CNP medic de familie .....

DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de chestionare care vizează arii de dezvoltare psihomotorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, aplicate copiilor înscriși pe lista proprie de către dr. .... (numele și prenumele

medicului)

Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Numele și prenumele	Gen*)		Codul numeric personal/ Codul unic de identificare	Vârsta împlinită în luni
		M	F		
c1	c2	c3		c4	c5
1.					
2.					
...					
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 12-14 luni**)		X	X		X
1.					
2.					
...					
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 15-17 luni**)		X	X		X

1.				
2.				
...				
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 18-23 de luni**) )		X	X	X
1.				
2.				
...				
TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 24-36 de luni***) )		X	X	X

\*) Se va bifa genul copilului căruia i se aplică chestionarul.

\*\*) Conform literei c) de la punctul A din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Conform literei d) de la punctul A din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

(semnătură electronică extinsă/calificată)

(la 30-01-2024 Actul a fost completat de Punctul 2., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024))

ANEXA 1-1

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale



.....  
Localitatea .....

Județul .....

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Medic de familie .....

(numele și prenumele)

CNP medic de familie .....

I. DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de riscograme aplicate persoanelor asimptomatice,  
cu vârsta de peste 40 de ani, înscrise pe lista proprie de către dr.

..... (numele și prenumele)

Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Nr. de riscograme pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie (pentru adulții asimptomatici care nu sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice) *)	Numele și prenumele	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare
	Pentru persoane asigurate		
	beneficiare ale		
	pachetului de bază	...	
TOTAL 1		X	X
	Pentru persoane neasigurate		
	beneficiare ale		
	pachetului minimal	...	
TOTAL 2		X	X

	Pentru beneficiari ai formularelor documentelor europene	...	
TOTAL 3		X	X
TOTAL GENERAL			

\*) Conform punctului B.2 din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....  
(semnătură electronică extinsă/calificată)

II. DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de riscograme aplicate adulților cu vârsta între 40 și 60 de ani, înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt înscriși pe lista proprie, de către dr. .... (numele și prenumele)

Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Nr. de riscograme pentru adulții cu vârsta între 40 și 60 de ani înscriși pe lista medicului de familie (pentru depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care	Numele și prenumele	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare
----------	--	---------------------	---

	sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice*)		
	Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază	...	
TOTAL 1		X	X
	Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal	...	
TOTAL 2		X	X
	Pentru beneficiari ai formularelor / documentelor europene	...	
TOTAL 3		X	X
TOTAL GENERAL			

\*) Conform punctului C din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

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

.....  
 (semnătură electronică extinsă/calificată)

III. DESFĂȘURĂTOR

privind numărul de riscograme aplicate adulților cu vârsta de peste 60 de ani înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt înscriși pe lista proprie, de către dr. .... (numele și prenumele)

Luna ..... anul .....

Nr. crt.	Nr. de riscograme pentru adulții cu vârsta de peste 60 de ani înscriși pe lista medicului de familie (pentru depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice)*)	Numele și prenumele	Codul numeric personal/ Codul unic de identificare
	Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază	...	
TOTAL 1		X	X
	Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal	...	

TOTAL 2		X	X
	Pentru beneficiari ai formularelor / documentelor europene	...	
TOTAL 3		X	X
TOTAL GENERAL			

\*) Conform punctului D din anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....  
(semnătură electronică extinsă/calificată)

(la 30-01-2024 Actul a fost completat de Punctul 2., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024)

ANEXA 1-m

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale legal al furnizorului	Reprezentantul
.....	.....

.....	
Localitate .....	Medic de familie.....
Județ .....	(nume, prenume)
.....	
.....	CNP medic de familie .....

1. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU CONSULTAȚII DE SPECIALITATE EFECTUATE ÎN AMBULATORIUL CLINIC DE SPECIALITATE, ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE\*)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat consultația	Tipul consultației în urma căreia s-a recomandat consultația de specialitate***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) Conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului  
.....  
(nume și prenume)

2. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU INTERNARE ÎN SPITAL, ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE\*)  
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat internarea	Tipul consultației în urma căreia a recomandat internare în spital***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului  
.....  
(nume și prenume)

3. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE\*)  
LUNA ..... ANUL .....

--	--	--	--	--

Tipul în Nr. paraclinice crt. recomandate****) (codul)	Bilet de investigației trimiteri (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul consultației urma căreia a recomandat investigații paraclinice***)	/
C1	C2	C3	C4	C5	C6
					...
					...
...	...	...	...	...	
					...
TOTAL			X	X	X



\*) conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale;

\*\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

4. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE PENTRU SERVICII MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE, ÎN VEDEREA EFECTUĂRII TESTĂRII PENTRU VIRUSUL HEPATITIC B, VIRUSUL HEPATITIC C, PRECUM ȘI ACORDATE FEMEILOR ÎNSĂRCINATE NEASIGURATE, ÎN VEDEREA EFECTUĂRII TESTĂRII PENTRU VIRUSUL HIV\*)  
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat investigațiile paraclinice	Tipul investigației paraclinice recomandate***) / (codul)
C1	C2	C3	C4	C5
				...
				...
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) conform lit. A din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

5. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU CONSULTAȚII DE SPECIALITATE EFECTUATE ÎN AMBULATORIUL CLINIC DE SPECIALITATE, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE\*)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat consultația	Tipul consultației în urma căreia s-a recomandat consultația de specialitate***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

6. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU INTERNARE ÎN SPITAL, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ\*)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat internarea	Tipul consultației în urma căreia a recomandat internare în spital***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

7. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN VEDEREA CONFIRMĂRII AFECȚIUNII ONCOLOGICE\*)

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

Tipul	Bilet de	CNP/ Număr de identificare	Cod parafă medic care a	Tipul consultației
-------	----------	----------------------------	-------------------------	--------------------



\*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale;

\*\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

8. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU CONSULTAȚII DE SPECIALITATE EFECTUATE ÎN AMBULATORIUL CLINIC DE SPECIALITATE, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU AFECȚIUNEA RESPECTIVĂ\*)

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat consultația	Tipul consultației în urma căreia s-a recomandat consultația de specialitate***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

9. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU INTERNARE ÎN SPITAL, ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU AFECȚIUNEA RESPECTIVĂ\*)  
LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare**)	Cod parafă medic care a recomandat internarea	Tipul consultației în urma căreia a recomandat internare în spital***)
C1	C2	C3	C4	C5
...	...	...	...	...
TOTAL			X	X

\*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

10. BORDEROU CENTRALIZATOR CUPRINZÂND EVIDENȚA BILETELOR DE TRIMITERE EMISE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PARACLINICE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU AFECȚIUNEA RESPECTIVĂ\*)  
LUNA ..... ANUL .....

Tipul	CNP/ Număr de	Cod parafă	Tipul
-------	---------------	------------	-------

	Bilet de în investigației	identificare personal/ Cod unic de identificare**)	medic care a recomandat investigațiile paraclinice	consultației urma căreia a recomandat investigații paraclinice***)	
Nr. paraclinice crt. recomandate****) (codul)	(serie, nr.)				/
C1	C2	C3	C4	C5	C6
					...
					...
...	...	...	...	...	
					...
TOTAL			X	X	X

\*) conform lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) Se completează codul consultației acordată de medicul de familie din nomenclatorul de servicii medicale;

\*\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 Actul a fost completat de Punctul 16 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 2-a

Casa de asigurări de sănătate furnizorului .....	Reprezentantul legal al .....
Furnizorul de servicii medicale specialitate/competență/atestat .....	Medic de .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	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 clinic

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

Tabel. 1.1. a)

	Număr	Nr.
puncte**)	consultații/	Total



de: Nr.	Specialitatea/competență/ Nr. atestat de studii consultație total crt. complementare*) serviciu puncte	servicii pe zi	Consultații pe tip / servicii diagnostice/ și terapeutice și
	diagnostic	1 2 ... 30 31	
	terapeutic		
C1 C6=	C2	C3	C4 C5
C4xC5			
A. x	Consultații**) în cadrul pachetului de servicii medicale de bază:		x x
1.	Consultație medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/ acutizări ale bolilor cronice:		x
	Consultația medicală de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice (fără consultațiile		

2.	acordate asiguraților cu						x
	bilet de trimitere de la						
	medicul de familie pentru						
	consultație în cadrul						
	managementului de caz), din						
	care:						
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
	Consultația medicală de						
	specialitate pentru						
	asigurații cu afecțiuni						
	cronice (fără consultațiile						
2.1	acordate asiguraților cu						x
	bilet de trimitere de la						
	medicul de familie pentru						
	consultație în cadrul						
	managementului de caz)						
	acordată la distanță:						
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
	Consultația medicală de						
	specialitate pentru						

	asigurații cu afecțiuni						
	cronice - consultații						
3.	acordate asiguraților cu						x
	bilet de trimitere de la						
	medicul de familie pentru						
	consultație în cadrul						
	managementului de caz:						
<hr/>							
	HTA, dislipidemie, boală						
3.1.	cronică de rinichi și diabet					x	x
x	zaharat tip 2						
<hr/>							
<hr/>							
	boli respiratorii cronice:						
3.2.	astm bronșic și boala					x	x
x	cronică respiratorie						
	obstructivă (BPOC)						
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
3.3.	boala cronică de rinichi					x	x
x							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							

4.	Consultație medicală de specialitate pentru situațiile de urgență medico- chirurgică:						x
5.	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic (caz suspionat și confirmat) din care:						x
5.1	Consultație medicală de specialitate pentru depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare (caz suspionat și confirmat) acordată la distanță:						x



9.	Proceduri diagnostice de complexitate medie:								x
10.	Proceduri diagnostice complexe:								x
11.	Proceduri diagnostice de complexitate superioară:								x
12.	Proceduri terapeutice / tratamente chirurgicale simple:								
									x



17.	Tratamente ortopedice						x
	medicale:						
18.	Terapii psihiatrice:						x
19.	Terapii genetică medicală:						x
20.	Consultații**) pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei:						x
20.a.	Consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere						x





\*) sunt cele prevăzute la [litera B punctele 2 și 7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

\*\*) Tipurile de consultații medicale de specialitate și punctajele aferente sunt cele prevăzute la [litera B pct. 1 subpct. 1.1. - 1.6 și pct. 4. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de servicii diagnostice și terapeutice (procedurile diagnostice și terapeutice) și punctajele aferente sunt cele prevăzute la [litera B pct. 1 în tabelul de la subpct. 1.7 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de servicii de sănătate conexe actului medical și punctajele aferente sunt cele prevăzute la [litera B pctul 1, subpct. 1.8. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Tipurile de consultații pentru acordarea serviciilor de supraveghere a sarcinii și lăuziei și punctajele aferente sunt cele prevăzute la [lit. B pct. 1 subpct. 1.9 și pct. 4. din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

Tabelul 1.1.b)

		Numărul de		Sumă
Nr. realizată****)	Denumire Serviciu Medical*)	servicii medicale în scop diagnostic-caz**)	Tarif/ serviciu***)	- lei -
Crt.				
C1	C2	C3	C4	C5=C3*C4
	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste			

1.	existența în		(***)	
	antecedentele			
	personale			
	patologice a			
	rubeolei,			
	toxoplasmozei,			
	infecției CMV			
<hr/>				
	Supravegherea unei			
	sarcini normale			
	(la gravida care			
	deține documente			
	medicale ce atestă			
2.	existența în		(***)	
	antecedentele			
	personale			
	patologice a			
	rubeolei,			
	toxoplasmozei,			
	infecției CMV)			
<hr/>				
3.	Screening prenatal		(***)	
	(S11 - S19+6 zile)			
<hr/>				
	Supravegherea			
4.	altor sarcini cu		(***)	
	risc crescut (edem			
	gestațional)			

5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)		***)	
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)		***)	
7.	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)		***)	
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *2)		***)	
8b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune		***)	

	identificată			
	mamografic *3)			
	-----			
9.	Depistarea și			
	diagnosticarea			
	precoce a		(***)	
	leziunilor			
	displazice ale			
	colului uterin			
	-----			
9a	Depistarea precoce			
	a cancerului de			
	sân cu suspiciune			
	de leziuni			
	infraclinice ale		(***)	
	sânului			
	identificate			
	mamografic și			
	ecografic			
	-----			
9b	Depistarea precoce			
	a cancerului de			
	sân cu suspiciune			
	de leziuni			
	infraclinice		(***)	
	(microcalcificări)			
	ale sânului			
	identificate			

	mamografic și / sau ecografic			
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic		***)	
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie		***)	
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin		***)	
X	TOTAL GENERAL		X	

\*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în [anexa 7 lit. B pct.1 sbct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.2.b) din anexa 2-a (continuare).

\*\*\*\*) tariful este cel prevăzut în [Anexa 7 la lit. B pct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 7 alin. \(3\) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală

\*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

\*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-a - tab. 1.1 a) și 1.1 b) se întocmesc lunar și se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată 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.

Anexa 2-a

(continuare)

Casa de asigurări de sănătate furnizorului    .....   .....	Reprezentantul legal al    .....
Furnizorul de servicii medicale specialitate/competență/atestat    .....	Medic de    .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ.....    .....	CNP medic de specialitate

1.2. DESFĂȘURĂTOR PE C.N.P./ NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAȚIILOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE

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

Tabelul 1.2. a)





proceduri terapeutice	Nr. terapeutice/	proceduri terapeutice/	proceduri Nr. de	proceduri Nr.	proceduri Nr.
Nr.   identificare	documentele	episoade de	consultațiile	medicale pentru	bolilor cu
acordarea	pentru	proceduri	diagnostice	proceduri	tratamente //
diagnostice	terapeutice/	terapeutice//		tratamente	/
tratamente	Nr. terapii	terapii		sănătate	
crt.   personal/	de evidență	boală acută/	acordate		
	situații de urgență	potențial			
serviciilor	îngrijiri	diagnostice	de	diagnostice	de
tratamente	tratamente	tratamente	medicale de	tratamente	
ortopedice	psihiatrice	genetică		conexe	
	Cod unic de	de la	subacută/	asiguraților	
		medico-chirurgicală	endemoepidemic	de	
paliative	simple	complexitate	complexe		
complexitate	chirurgicale	chirurgicale	medicale		
complexitate	medicale	medicale			
medicală	Consultații	Consultații	actului		
	identificare	nivelul	acutizări	cu bilet de	HTA,
boli			(caz		
planificare			medie		
superioară	simple	complexe	simple	medie	
complexe			pentru	pentru	
medical					
		cabinetului	ale bolilor	trimitere de	
dislipidemie	respiratorii	boala		suspicionat	
și familială					
		acordarea	acordarea		
diabet	cronice:	cronică	cronice	la MF pentru	și
				confirmat)	
	serviciilor	serviciilor			
tip	astm bronșic	de		consultație în	zaharat
	de	de			
și BPOC	rinichi			cadrul	2
	supraveghere	supraveghere		managementului	
	a evoluției	a lăuziei		de caz):	
	sarcinii				

C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7	C8	C9	C10	C11	C12
C13	C14	C15	C16	C17	C18
C19	C20	C21	C22	C23	C24
C25	C26	C27			
TOTAL					

\*) Consultațiile și serviciile medicale sunt cele prevăzute la [litera B din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Total col. C4 din tab.1.2 = col.C4 lit. A poz. "1" din tab.

1.1 Total col. C5 din tab.1.2 = col. C4 lit. A poz. "2" din tab.

1.1 Total col. C6 din tab.1.2 = col. C4 lit. A poz. "3.1" din tab.

1.1 Total col. C7 din tab.1.2 = col.C4 lit. A poz. "3.2" din tab.

1.1 Total col. C8 din tab.1.2 = col.C4 lit. A poz. "3.3" din tab.

1.1 Total col. C9 din tab.1.2 = col.C4 lit. A poz. "4" din tab.

1.1 Total col. C10 din tab.1.2 = col. C4 lit. A poz. "5" din tab.

1.1 Total col. C11 din tab.1.2 = col. C4 lit. A poz. "6" din tab.

1.1 Total col. C12 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "7" din tab.

1.1 Total col. C13 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "8" din tab.

1.1 Total col. C14 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "9" din tab.

1.1 Total col. C15 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "10" din tab.

1.1 Total col. C16 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "11" din tab.

1.1 Total col. C17 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "12" din tab.

1.1 Total col. C18 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "13" din tab.

1.1 Total col. C19 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "14" din tab.

1.1 Total col. C20 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "15" din tab.

1.1 Total col. C21 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "16" din tab.

1.1 Total col. C22 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "17" din tab.

1.1 Total col. C23 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "18." din tab.

1.1 Total col. C24 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "19" din tab.

1.1 Total col. C25 din tab.1.2 = col. C4 lit. C poz. "20.a." din tab.

1.1 Total col. C26 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "20.b." din tab.

1.1 Total col. C27 din tab.1.2 = col. C4 lit. B poz. "21" din tab.

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

(nume și prenume)

Tabelul 1.2.b)

		CNP/ Număr de	Număr de înregistrare în	Număr servicii
--	--	------------------	--------------------------------	----------------

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	identificare personal/ Cod Unic de identificare	documentele de evidență de la nivelul cabinetului medical	medicale în scop diagnostic-caz
C1	C2	C3	C4	C5
1	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			
2	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)			
3	Screening prenatal (S11 -S19+6 zile)			
4	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)			
5	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hipertensiune gravidică ușoară)			
6	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în			

	trimestrul III)			
7	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)			
8a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)			
8b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)			
9	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
9a	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografie și ecografic			
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografie și / sau ecografic			
10	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
	Diagnosticarea precoce a			

11	leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			
12	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin			
x	TOTAL			

\*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de [litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală

\*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

\*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din Anexa 2-a (continuare) - tab. 1.2. a) și 1.2. b) se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-a - de la pct. 1.1 și 1.2 se completează distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv 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.

1.3. Desfășurător lunar al consultațiilor și serviciilor medicale din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic pentru persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, după caz, în aplicarea [Legii nr. 293/2022](#) pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

Tabel. 1.3.a)

---

		Total	Nr.		
Specialitatea/ competență/ atestat	Număr consultații/	consultații/	/ servicii	pe tip de:	Nr.
Nr. de studii diagnostice crt. puncte	servicii pe consultație total zi	și	/ serviciu	terapeutice	diagnostic
.....					
	1	2	...	30	31
C1	C2	C3	C4	C5	C6=
C4xC5					
	Consultații**) în				
A.	cadrul pachetului de servicii medicale de bază:		x	x	x
	Consultație medicală de specialitate				
1.	pentru suspiciunea de afecțiune oncologică:			x	
	Consultație medicală				

	de specialitate						
	pentru episoade de						
2.	boală acută/					x	
	subacută/ acutizări						
	ale afecțiunii						
	oncologice:						
	Consultație medicală						
	de specialitate						
3.	pentru asigurații cu					x	
	afecțiuni cronice						
	oncologice:						
	Consultație medicală						
	de specialitate						
3.1	pentru asigurații cu					x	
	afecțiuni cronice						
	oncologice, acordată						
	la distanță:						





	Proceduri						
	diagnostice simple						
1.2.	pentru asigurații cu						
	afecțiune						
	oncologică:						
	Proceduri						
	diagnostice de						
	complexitate medie						
2.1.	pentru asigurații cu					x	
	suspiciune de						
	afecțiune						
	oncologică:						
	Proceduri						
	diagnostice de						

2.2.	complexitate medie							
	pentru asigurații cu							
	afecțiuni							
	oncologică:							
	Proceduri							
	diagnostice complexe							
3.1.	pentru asigurații cu							x
	suspiciune de							
	afecțiuni							
	oncologică:							
	Proceduri							
	diagnostice complexe							
3.2.	pentru asigurații cu							x
	afecțiuni							
	oncologică:							



	terapeutice/							
	tratamente							
5.	chirurgicale simple						x	
	pentru asigurații cu							
	afecțiuni							
	oncologică:							
	Proceduri							
	terapeutice/							
	tratamente							
6.	chirurgicale						x	
	complexe pentru							
	asigurații cu							
	afecțiuni							
	oncologică:							
	Proceduri							
	terapeutice/							
	tratamente medicale							
7.	simple pentru						x	





	Servicii de sănătate						
	conexe actului						
C.	medical**) în cadrul				x	x	x
	pachetului de						
	servicii medicale de						
	bază:						
	Servicii de sănătate						
	conexe pentru						
1.	asigurații cu					x	
	afecțiuni						
	oncologică:						
	Servicii de sănătate						
	conexe actului						
	medical de						
D.	psihoncologie***)						
	în cadrul pachetului						
	de servicii medicale						
	de bază:						





		Numărul de		Sumă
Nr. realizată****) Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	servicii medicale în scop diagnostic-caz**)	Tarif/ serviciu***)	- lei -
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 * C4
1.	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)		***)	
2a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)		***)	
2b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)		***)	
3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale		***)	

	colului uterin		
	Depistarea precoce		
	a cancerului de		
	sân cu suspiciune		
	de leziuni		
3a.	infraclinice ale	***)	
	sânului		
	identificate		
	mamografic și		
	ecografic		
	Depistarea precoce		
	a cancerului de		
	sân cu suspiciune		
	de leziuni		
3b.	infraclinice	***)	
	(microcalcificări)		
	ale sânului		
	identificate		
	mamografic și/sau		
	ecografic		
	Depistarea și		
	diagnosticarea		
	precoce a		
4.	leziunilor	***)	
	displazice ale		

	colului uterin cu		
	examen citologic		
5.	Diagnosticarea		
	precoce a		
	leziunilor	(***)	
	displazice ale		
	colului uterin cu		
	biopsie		
6.	Tratamentul		
	excizional sau		
	ablativ al	(***)	
	leziunilor		
	precanceroase ale		
	colului uterin		
	TOTAL GENERAL	X	

\*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. B pct. 1 subpct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.4.b);

\*\*\*) tariful este cel prevăzut în anexa 7 la lit. B pct. 1.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală;

\*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică;

\*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie

imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

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

.....  
(nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-a a fost completată de Punctul 17 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.4. Desfășurător pe CNP/număr de identificare personal/cod unic de identificare al consultațiilor și serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică în vederea confirmării diagnosticului și persoanelor cu afecțiune oncologică, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

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

Tabelul 1.4.a)

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului;
- b - Nr. consultații medicale de specialitate pentru suspiciunea de afecțiune oncologică
- c - Nr. consultații medicale de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale afecțiunii oncologice;
- d - Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice oncologice;
- e - Nr. consultații medicale de specialitate pentru asigurații cu afecțiuni cronice oncologice, acordate la distanță;
- f - Nr. consultații pentru îngrijiri paliative acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice;
- g - Nr. proceduri diagnostice simple pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- h - Nr. proceduri diagnostice simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- i - Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- j - Nr. proceduri diagnostice de complexitate medie pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- k - Nr. proceduri diagnostice complexe pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- l - Nr. proceduri diagnostice complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- m - Nr. proceduri diagnostice de complexitate superioară pentru asigurații cu suspiciune de afecțiune oncologică;
- n - Nr. proceduri diagnostice de complexitate superioară pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- o - Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- p - Nr. proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe pentru asigurații cu afecțiune oncologică;
- q - Nr. proceduri terapeutice/tratamente medicale simple



tab. 1.3.a)  
 Total col. C8 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. A poz. "4" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C9 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "1.1" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C10 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "1.2"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C11 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "2.1"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C12 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B. poz. "2.2"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C13 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "3.1"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C14 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "3.2"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C15 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "4.1"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C16 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "4.2"  
 din tab. 1.3.a)  
 Total col. C17 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "5" din  
 tab. 1. 3. a)  
 Total col. C18 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "6" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C19 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "7" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C20 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "8" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C21 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "9" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C22 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "10" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C23 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "11" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C24 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B poz. "12" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C25 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. C poz. "1" din  
 tab. 1.3.a)  
 Total col. C26 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. D poz. "1" din  
 tab. 1.3.a)

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

.....  
 (nume și prenume)

Tabelul 1.4.b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului medical	Număr servicii medicale în scop diagnostic-caz

C1	C2	C3	C4	C5
1.	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)			
2a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)			
2b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)			
3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
3a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic			
3b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic și/sau ecografic			
4.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
	Diagnosticarea			



	precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			
6.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin			
x	TOTAL			

\*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută de litera B pct. 1.10 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală

\*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică

\*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral

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

.....  
 (nume și prenume)

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din anexa 2-a (continuare) - tab. 1.4. a) și 1.4. b) se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

2. Desfășurătoarele din anexa 2-a - de la pct. 1.3 și 1.4 se completează distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază pe teritoriul României de servicii medicale pentru afecțiuni oncologice sau suspiciune de afecțiuni oncologice, în vederea confirmării diagnosticului, de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(la 30-07-2024 Anexa 2-a a fost completată de Punctul 17 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 2-b

Casa de asigurări de sănătate furnizorului	Reprezentantul legal al .....
Furnizorul de servicii medicale	Medic de specialitate .....
Localitate .....	(nume, prenume)
Județ .....	CNP medic de specialitate .....

1.1. Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în  
pachetul minimal de servicii medicale în ambulatoriul de  
specialitate clinic  
LUNA ..... ANUL .....

total Nr. puncte crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**)	Nr. pe consultație
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3	C4	C5	C6=				
C4xC5									
Consultații în									
cadrul pachetului		x x x	x x x				x	x	
minimal:									

	- consultație							
1.	medicală pentru							
	situații de urgență							
	medico-chirurgicală							
<hr/>								
	- consultație							
	medicală pentru							
	depistarea bolilor							
2.	cu potențial							
	endemo-epidemic							
	(caz suspionat și							
	confirmat)							
<hr/>								
	- consultații de							
3.	supraveghere a	x x x		x	x	x		x
	evoluției sarcinii							
	și lăuziei							
<hr/>								
	- consultații de							
3.a.	supraveghere a							
	evoluției sarcinii							
<hr/>								
	- consultație de							
3.b.	supraveghere a							
	lăuzei							
<hr/>								
	TOTAL GENERAL						x	
<hr/>								

\*) Specialitățile sunt cele prevăzute la [lit. B pct. 2 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Conform [lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

(nume și prenume)

1.2. Desfășurător pe C.N.P./număr de identificare personal al consultațiilor cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale, acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate

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

		Pachetul minimal de servicii medicale*)			
		Consultații			
de		Număr de	medicale		Consultații
CNP/ Număr		înregistrare	pentru		
supraveghere a evoluției		de	în	Consultații	depistarea sarcinii și
lăuziei		Nr. identificare	documentele medicale	bolilor cu	
crt. personal/		de evidență	pentru	potențial	
Cod unic de		de la	situații de	endemo -	
identificare		nivelul	urgentă	epidemic	Consultații
Consultații		cabinetului	medico-	(caz	de
de					
chirurgicală		suspicionat	supraveghere	supraveghere	
a lăuzei				și	a evoluției
				confirmat)	sarcinii
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7					



	Consultații în cadrul							
A.	pachetului de	x x x	x	x	x		x	x
	servicii:							
<hr/>								
	- consultație medicală							
1.	pentru depistarea							
	afecțiunii							
	oncologice***)							
<hr/>								
	Proceduri diagnostice							
B.	pentru depistarea	x x x	x	x	x		x	x
	afecțiunilor							
	oncologice:****)							
<hr/>								
1.	Proceduri diagnostice						x	
	simple:							
<hr/>								
<hr/>								
<hr/>								
2.	Proceduri diagnostice						x	
	de complexitate medie:							
<hr/>								
<hr/>								
<hr/>								
<hr/>								
<hr/>								

3.	Proceduri diagnostice							x	
	complexe:								
	Proceduri diagnostice								
4.	de complexitate							x	
	superioară:								
	TOTAL GENERAL							x	

\*) Specialitățile sunt cele de la lit. D punctul 2 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*) Conform lit. B pct. 4 din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Conform lit. D punctul 1. subpunctul 1.1. din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*) Conform lit. D punctul 1., subpunctul 1.2. din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

(nume și prenume)

Tabelul 1.3.b)

		Numărul de		Sumă
Nr. realizată****)   Crt. Medical*)	Denumire Serviciu Medical*)	servicii medicale în scop	Tarif/ serviciu***)	- lei -
		diagnostic-caz**)		
C1	C2	C3	C4	C5 = C3 * C4
1	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)		***)	
2a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)		***)	
2b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)		***)	
3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a		***)	



	leziunilor			
	displazice ale			
	colului uterin			
	<hr/>			
	Depistarea precoce			
	a cancerului de			
	sân cu suspiciune			
	de leziuni			
3a.	infraclinice ale		***)	
	sânului			
	identificate			
	mamografic și			
	ecografic			
	<hr/>			
	Depistarea precoce			
	a cancerului de			
	sân cu suspiciune			
	de leziuni			
3b.	infraclinice		***)	
	(microcalcificări)			
	ale sânului			
	identificate			
	mamografic și/sau			
	ecografic			
	<hr/>			
	Depistarea și			
	diagnosticarea			
	precoce a			

4.	leziunilor		***)	
	displazice ale			
	colului uterin cu			
	examen citologic			
<hr/>				
	Diagnosticarea			
	precoce a			
5.	leziunilor		***)	
	displazice ale			
	colului uterin cu			
	biopsie			
<hr/>				
X	TOTAL GENERAL		X	
<hr/>				

\*) Denumirea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz, sunt prevăzute în anexa 7 lit. D. pct. 1.3. la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*) Se completează cu numărul de servicii medicale în scop diagnostic-caz, prevăzute în coloana C5 raportul 1.4.b);

\*\*\*) tariful este cel prevăzut în anexa 7 la lit. D. pct. 1.3 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 7 alin. (3) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală;

\*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică;

\*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral.

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

.....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-b a fost completată de Punctul 18 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)



\*) Consultațiile sunt cele conform lit. D punctul 1. subpunctul 1.1. din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*) Serviciile medicale sunt cele conform lit. D punctul 1., subpunctul 1.2. din anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Total col. C4 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. A. punctul 1. din tab. 1.3.a)

Total col. C5 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B. punctul 1. din tab. 1.3.a)

Total col. C6 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B. punctul 2. din tab. 1.3.a)

Total col. C7 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B. punctul 3. din tab. 1.3.a)

Total col. C8 din tab. 1.4.a) = col. C4 lit. B. punctul 4. din tab. 1.3.a)

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

.....  
 (nume și prenume)

Tabelul 1.4.b)

Nr. Crt.	Denumire Serviciu Medical*)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod Unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului medical	Număr servicii medicale în scop diagnostic-caz
C1	C2	C3	C4	C5
1	Depistarea precoce a cancerului de sân*1)			
2a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*2)			
2b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic*3)			

3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin			
3a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic			
3b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic și/sau ecografic			
4.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic			
5.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie			
x	TOTAL			

\*) Denumirea serviciilor medicale este prevăzută la litera D pct. 1.3. din anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Serviciul cuprinde mamografie digitală;  
 \*2) Serviciul cuprinde mamografie digitală și senologie imagistică;

\*3) Serviciul cuprinde mamografie digitală, senologie imagistică și mamografie cu tomosinteză unilateral.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor



2.	Proceduri diagnostice de							x
	complexitate medie:							
3.	Proceduri diagnostice							x
	complexe:							
4.	Proceduri diagnostice de							x
	complexitate superioară:							
	TOTAL GENERAL							x

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
.....  
(nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-b a fost completată de Punctul 18 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

2.1. Desfășurător lunar al consultațiilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cârdului european de asigurări sociale de sănătate

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

total Nr. puncte crt.	Specialitatea*)	Număr consultații pe zi					Total consultații	Nr. puncte**)	Nr. pe consultație
		1	2	...	30	31			
C1	C2	C3				C4	C5	C6=	
C4xC5									
Consultații în cadrul pachetului de servicii:		x	x	x	x	x	x	x	
- consultație 1. medicală pentru situații de urgență medico-chirurgicală									
- consultație 2. medicală pentru depistarea bolilor cu potențial									



	endemo- epidemic							
	(caz suspiciostat și							
	confirmat)							
<hr/>								
	- consultație							
	medicală de							
	specialitate pentru							
3.	episoade de boală							
	acută / subacută /							
	acutizări ale							
	bolilor cronice							
<hr/>								
	TOTAL GENERAL						x	
<hr/>								

\*) Specialitățile sunt cele de la lit. B punctul 2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Conform lit. B pct. 4 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
.....  
(nume și prenume)

2.2. DESFĂȘURĂTOR PE NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL/COD UNIC DE IDENTIFICARE AL CONSULTAȚIILOR CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UE/SEE/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ / REGATULUI UNIT AL MARIİ BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

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

							Pachetul de servicii medicale*)	
<hr/>								

				Consultații	
				medicale	
Consultație		Număr de		pentru	
medicală de		înregistrare		depistarea	
specialitate		în		bolilor cu	
Nr. personal/		documentele	Consultații	potențial	
pentru crt.		de evidență	medicale - pentru	endemo	
episoade de		de la	situații de urgență	-epidemic	
boală acută/		nivelul	medico-chirurgicală	(caz	
subacută/		cabinetului		suspicionat	
acutizări				ale	
bolilor				și	
cronice				confirmat)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6
TOTAL					

\*) Consultațiile sunt cele conform [lit. C pct. 2 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Total col. C4 din tab.2.2 = col. C4 rândul 1 din tab. 2.1  
Total col. C5 din tab.2.2 = col. C4 rândul 2 din tab. 2.1  
Total col. C6 din tab.2.2 = col. C4 rândul 3 din tab. 2.1  
Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din Anexa 2-b - de la pct. 2.1 și 2.2 se

completează distinct 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, fără a se completa rubricile aferente consultației medicală de specialitate pentru episoade de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice (pentru pacienții care beneficiază numai de serviciile prevăzute la [lit. A pct. 1 subpunctele 1.1. și 1.2. din Anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), CU modificările și completările ulterioare.

2. Desfășurătoarele din Anexa 2-b se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

~~— ANEXA 2-e~~

--	--

~~— Desfășurătorul privind numărul total de puncte realizat de către medicul de  
— specialitate din ambulatoriul de specialitate, ajustat în funcție de gradul profesional  
— condițiile în care se desfășoară activitatea și de conform [art. 4 alin. \(1\)](#)  
— și [alin. \(2\) lit. a\) și b\) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#),  
— cu modificările și completările ulterioare  
— LUNA ..... ANUL .....~~


~~— \*) 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. 2.1. al Anexei 2-b)~~

~~— \*\*) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul căror nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, 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 planificare familială și medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât și servicii medicale într-o altă~~

~~specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporțional cu programul de lucru aferent specialității clinice.~~

~~Răspundem de realitatea și exactitatea datelor~~

~~Reprezentantul legal al furnizorului~~

~~.....~~

~~(nume și prenume)~~

~~NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-c se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale~~

ANEXA 2-c

servicii medicale		Furnizor de
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE		
.....		.....
.....		Reprezentantul
legal al furnizorului		
Localitate		
.....		.....
.....		Medic de
specialitate		
Județ		
.....		.....
.....		(nume prenume)
specialitate		CNP medic de
.....		.....

1.1. 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) lit. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

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

Nr. puncte/lună pentru			
consultații și servicii acordate			
în cadrul pachetelor de servicii	Majorarea nr.		

medicale*)		de puncte în		Majorarea nr.		Nr.	
total		funcție de		de puncte în			
puncte		condițiile în		funcție de			
realizate		care se		gradul		pe	
Total	aferente	Puncte	desfășoară	profesional***)			
lună	consultațiilor	aferente	activitatea**)				
din	și serviciilor	serviciilor					
care:	medicale	conexe					
	clinice						
C1	C2	C3	C4	C5	C6=		
C1+C4+C5							

\*) 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. 2.1. al anexei 2-b);

\*\*\*) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, 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 planificare familială și medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât și servicii medicale într-o altă specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporțional cu programul de lucru aferent specialității clinice.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1.1 se întocmește lunar și se

transmite la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale și nu cuprinde consultațiile și serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, respectiv persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune oncologică, pentru care se întocmește un desfășurător distinct.

1.2. 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) lit. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare - pentru servicii acordate persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică în vederea confirmării diagnosticului și persoanelor cu afecțiune oncologică, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

LUNA ..... ANUL ....

Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea*)		Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea**)		Majorarea nr. de puncte în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea**)	
Nr. puncte/lună acordate în funcție de gradul profesional***)	Nr. total puncte realizate pe lună	Nr. puncte/lună acordate în funcție de gradul profesional***)	Nr. total puncte realizate pe lună	Nr. puncte/lună acordate în funcție de gradul profesional***)	Nr. total puncte realizate pe lună
Puncte		Puncte		Puncte	
Total aferente		Puncte		Puncte	
din consultațiilor		aferente		serviciilor	
care și serviciilor		serviciilor		conexe actului	
:		conexe		medical de	
clinice				psihooncologie	
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=					

C1+C5+C6					

\*) Tot. col. C1 = col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.3.a) al anexei 2-a;

\*\*) Se majorează numărul total de puncte/lună în calculul cărora nu se ține seama și de punctele aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical, dacă este cazul. În această situație se aplică formula: col. C5 = col. C2 x % de majorare;

\*\*\*) col. C6 = col. C2 x 20%. Majorarea în raport cu gradul profesional nu se aplică asupra numărului de puncte corespunzătoare serviciilor medicale acordate de medicii care acordă îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și asupra numărului de puncte aferente serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru medicii care acordă atât îngrijiri paliative cât și servicii medicale într-o altă specialitate clinică, majorarea în raport cu gradul profesional se aplică proporțional cu programul de lucru aferent specialității clinice.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

(nume și prenume)

2. 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) lit. a) și b) din anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare - pentru servicii acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat cu suspiciune de afecțiune oncologică în vederea confirmării diagnosticului, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

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

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
C1	C2	C3	C5= C1+C2+C3

\*) Tot. col. C1 = col. C6, TOTAL GENERAL din tab. 1.3.a) al anexei 2-b;

\*\*) col. C3 = col. C1 x 20%.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....  
(nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-c a fost modificată de Punctul 19 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

#### ANEXA 2-d

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....  
Raportare trimestrială a caselor de asigurări de sănătate  
către Casa Națională de Asigurări de Sănătate  
Situația punctajului în asistența medicală ambulatorie de  
specialitate - Trimestrul ..... Anul .....

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;

\*) 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.



PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI ECONOMICE  
DIRECȚIEI RELAȚII

DIRECTOR EXECUTIV AL  
CONTRACTUALE

.....

.....

Întocmit,

.....

NOTĂ: Formularul din Anexa 2-d se întocmește trimestrial 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 12 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor.

ANEXA 2-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....  
RAPOARTELE DE ACTIVITATE ÎNTOCMITE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂȚILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCȚIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ\*)

\*) conform prevederilor [art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

PRECIZARE:

Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, 1.1 B ,1.1 C și 1.1 D, tabelele 1.2 A, 1.2 B , 1.2 C și 1.2 D, tabelele 1.3 A, 1.3 B ,1.3 C și 1.3 D din Anexa 3-h și tabelul din Anexa 3-j.

DIRECTOR GENERAL,

.....

NOTĂ:

Formularele se transmit de la casa de asigurări de sănătate către unitățile sanitare.

[ANEXA 2-f](#)

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

RAPOARTELE PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI DE UNITĂȚILE SANITARE CARE NU ÎNCHEIE CONTRACT DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN SPITALIZARE CONTINUĂ, AUTORIZATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, INCLUSIV CENTRELE DE SĂNĂTATE MULTIFUNCȚIONALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ\*)

\*) conform prevederilor [art. 3 din Anexa 23 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

PRECIZARE:

Rapoartele se adaptează conform modelelor utilizate pentru asistența medicală spitalicească - spitalizare de zi acordată de către spitale, respectiv tabelele 1.1 A, B, C și D, tabelele 1.2 A, B, C și D și tabelele 1.3 A, B, C și D din Anexa 3-i.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

[ANEXA 2-g](#)

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

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

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

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

\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu

acordul casei de asigurări de sănătate.

~~\*\*\*) conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.~~

~~2. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice – analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor preventive \*\*\*)~~

~~2.1. Pentru persoanele cu vârsta până la 39 ani inclusiv~~

~~LUNA ..... ANUL .....~~


~~\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;~~

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

~~\*\*\*) conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;~~

~~\*\*\*)) în condițiile prevăzute la [Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.~~

~~2.2 Pentru persoanele adulte cu vârsta de 40 de ani și peste 40 de ani~~

~~LUNA ..... ANUL .....~~


~~\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;~~

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

~~\*\*\*) conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare ;~~

~~\*\*\*)) în condițiile prevăzute la [Nota 4 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din Anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu~~

~~modificările și completările ulterioare.~~

2. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive\*\*\*)

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

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate.

\*\*) Conform anexei nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Investigațiile paraclinice sunt cele recomandate de medicul de familie, ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, persoanele asimptomatice peste 18 ani, persoanele cu vârsta între 40 și 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice, persoanele cu vârsta de peste 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, nota 1 de la punctul 1.2.3, nota 2 de la punctul 1.2.6, nota 2 de la punctul 1.2.7, de la lit. B din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și care se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie ce are completat câmpul corespunzător prevenției.

(la 04-10-2023 Punctul 2., Anexa 2-g a fost modificat de Punctul 7., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)

2a. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală

ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive\*\*\*)

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

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

\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Se pot completa numai codurile serviciilor din anexă cu acordul casei de asigurări de sănătate;

\*\*) Conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Investigațiile paraclinice sunt cele recomandate de medicul de familie, ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, persoanele asimptomatice peste 18 ani, persoanele cu vârsta între 40 și 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice, persoanele cu vârsta de peste 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt prevăzute la nota de la punctul 1.2.1, nota de la punctul 1.2.3, nota 2 de la punctul 1.2.6, nota 2 de la punctul 1.2.7, de la lit. A, din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și care se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie ce are completat câmpul corespunzător prevenției.

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 20 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

3. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, legate de sarcină, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii\*\*\*)

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

--	--	--	--	--

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

\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) în condițiile prevăzute la [\\*1\)](#) și [\\*16\)](#) de la [Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

3^1. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie

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

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

\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de [Punctul 21 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

3^2. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din

pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

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

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Notă: Desfășurătorul de la pct. 3<sup>^</sup>2 nu cuprinde investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 21 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

3<sup>^</sup>3. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

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

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr.

1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Notă: Desfășurătorul de la pct. 3<sup>3</sup> cuprinde doar investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 21 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

3<sup>4</sup>. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie

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

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

\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 21 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

3<sup>5</sup>. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3<sup>5</sup>) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor de familie

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



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

\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 21 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

5. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază legate de sarcină, efectuate în

ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate, urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii\*\*\*)

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

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

\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*\*) în condițiile prevăzute la [\\*16\) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 1 al lit. A](#), respectiv la [\\*4\) de la Nota 1 de sub tabelul de la pct. 2 al lit. A](#), din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

5^1. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

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

\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr.](#)

1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 22 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

5^2. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Notă: Desfășurătorul de la pct. 5^2 nu cuprinde investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 22 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

5^3. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

--	--	--	--	--

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

\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

Notă: Desfășurătorul de la pct. 5<sup>^</sup>3 cuprinde doar investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, de tip Monitor 2.

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 22 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

5<sup>^</sup>4. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

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

\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările

ulterioare;

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

\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 22 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

5<sup>5</sup>. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3<sup>5</sup>) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

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

\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 22 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

6. Desfășurător lunar al investigațiilor paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor care au încheiată convenție\*\*\*) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea

biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice  
LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

\*\*) se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) conform [anexei 41 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

7. Desfășurătorul pe CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 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 / medicilor care au încheiată convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

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

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

identificare personal/ Cod unic de identificare		
...		
TOTAL	X	

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari de formulare/documente europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

NOTĂ:

1. În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani, se vor atașa și copii ale fișelor de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicilor cu specialitatea ATI.

~~2. Total col. C4 = (tot. Col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 4)~~

2. Total col. C4 = (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 4) + (tot. col. C3 din tabelul de la pct. 6)

(la 04-10-2023 Punctul 2 din Nota de la Punctul 7., Anexa 2-g a fost modificat de [Punctul 8., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023](#))

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

8. 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/ medicilor care au încheiată convenție\*\*\*\*) cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice

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

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

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor



membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*\*) conform [anexei 41 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

.....

(nume și prenume)

~~— 9. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigațiile paraclinice — analize medicale de laborator din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie ca urmare a consultațiilor preventive~~

9. 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 ca urmare a consultațiilor preventive

(la 04-10-2023 Titlul Punctului 9., Anexa 2-g a fost modificat de [Punctul 9., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023](#))

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

C1	C2	C3	C4	C5	C6
Suma aferentă decontat/	CNP/ Număr de Bilet de investigațiilor	de	Cod parafa	Tipul	Tarif
Nr. investigației	trimitere/identificare	investigație personal/ biletului de	medic care a efectuate conf. recomandat	paraclinice	
Crt. paraclinică***)	(serie, nr.)	Cod unic de identificare	investigațiile paraclinice	efectuate**)/	- lei -
trimitere (lei)	*)			(codul)	

C7=C5xC6				
			...	...
TOTAL	X	X	X	X
			...	...
TOTAL	X	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/ Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform [anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

NOTĂ:

1. Desfășurătoarele din anexa 2-g se întocmesc lunar și se transmit cu semnătura electronică extinsă/calificată 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 în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice.

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

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

- furnizorii de servicii medicale clinice în asistența medicală primară, care au încheiat act adițional pentru ecografiile la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară (pentru investigațiile efectuate ca o consecință a actului medical propriu);

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

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

4. Tabelele 1 și 7 se completează, după caz și de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară care au încheiat act adițional la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate asiguraților din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, ca o consecință a actului medical propriu.

~~5. Tabelele 1, 4, 7 și 8 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare și pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare — pentru afecțiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

~~5. Tabelele 1, 4, 7 și 8 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare și pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice, boli cerebrovasculare și boală cronică renală — pentru afecțiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de~~

~~sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 378/2023.~~

~~(la 05-03-2024 Punctul 5 din Nota de la finalul Anexei 2-g a fost modificat de Articolul I din ORDINUL nr. 228 din 21 februarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 180 din 5 martie 2024)~~

---

~~— Potrivit art. II alin. (1) din ORDINUL nr. 228 din 21 februarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 180 din 5 martie 2024, prevederile prevăzute la art. I se aplică începând cu raportarea activității lunii februarie 2024.~~

---

5. Tabelele 1, 4, 7 și 8 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, recomandate până la data intrării în vigoare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 66/2024 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății, și pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice, boli cerebrovasculare și boală cronică renală - pentru afecțiunile respective, efectuate peste valoarea de contract, conform art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare. (la 30-07-2024 Punctul 5 din Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost modificat de Punctul 24 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

~~— 6. Tabelul de la pct. 2.2 se completează distinct pentru investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie persoanelor cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.~~

~~— 6. Tabelul de la pct. 2 se completează pentru investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a~~

~~medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.~~

~~(la 04-10-2023 Punctul 6 din Nota de la finalul Anexei 2-g a fost modificat de Punctul 10., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)~~

6. Tabelul de la pct. 2 se completează pentru investigațiile paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (7) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 Punctul 6 din Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost modificat de Punctul 24 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

7. Tabelul de la pct. 3 se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

8. Tabelul de la pct. 5 se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, efectuate peste valoarea de contract în conformitate cu art. 77 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

9. Tabelul de la punctul 2a se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25. din ANEXA din 26 iulie 2024, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

10. Tabelul de la pct. 3<sup>1</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea

medicilor de familie.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

11. Tabelul de la pct. 3<sup>2</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

12. Tabelul de la pct. 3<sup>3</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

13. Tabelul de la pct. 3<sup>4</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25. din ANEXA din 26 iulie 2024, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

14. Tabelul de la pct. 3<sup>5</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile medicale din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3<sup>5</sup>) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor de familie.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

15. Tabelul de la pct. 5<sup>1</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

16. Tabelul de la pct. 5<sup>2</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu

afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

17. Tabelul de la pct. 5<sup>3</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

18. Tabelul de la pct. 5<sup>4</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

19. Tabelul de la pct. 5<sup>5</sup> se completează distinct pentru analizele și investigațiile paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3<sup>5</sup>) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate.

(la 30-07-2024 Nota de la punctul 9 din Anexa 2-g a fost completată de Punctul 25 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

10. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de familie, ca urmare a consultațiilor preventive

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

Suma aferentă	CNP/ Număr de	Cod parafă	Tipul		
decontat/	Bilet de	identificare	medic care a	investigației	Tarif
Nr. investigație	trimitere	personal/ Cod	recomandat	paraclinice	
crt. investigațiile	(serie,	unic de	efectuate conf.		
	efectuate**)/	paraclinică***)	biletului de		

nr.) trimitere (lei)		identificare*)	paraclinice	(codul)	- lei -
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=C5xC6					
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările



ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

11. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor de familie

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

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

TOTAL	X	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

12. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

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

Suma aferentă decontat/ Nr. investigație crt. investigațiile (nr.)	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ efectuate conf. unic de identificare*)	Cod parafă medic care a recomandat paraclinică***)	Tipul investigației paraclinice	Tarif biletului de (codul) - lei -
--	---------------------------------	---	--	---------------------------------	------------------------------------

trimitere					
(lei)					
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=C5xC6					
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

13. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor de familie

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

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

TOTAL	X	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

14. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmare, la recomandarea medicilor de familie

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

Suma aferentă	CNP/ Număr de	Cod parafă	Tipul	Tarif
Bilet de	identificare	medic care a	investigației	
decontat/	investigațiilor	recomandat	paraclinice	
Nr. investigație	personal/ efectuate conf.	Cod		
crt. (serie,	unic de	paraclinică***)	biletului de	
investigațiile	efectuate**)/	paraclinice	(codul)	- lei -
nr.)	identificare*)			
trimitere				

(lei)					
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=C5xC6					
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

15. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3^5) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor de familie

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

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

TOTAL	X	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

16. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu suspiciune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

Suma aferentă	CNP/ Număr de	Cod parafă	Tipul	Tarif
decontat/	identificare	medic care a	investigației	
Nr. investigație	personal/ Cod	recomandat	paraclinice	
crt. (serie,	efectuate conf.			
	unic de			



investigațiile nr.) trimitere (lei)		efectuate**)/ identificare*)	paraclinică***) paraclinice	biletului de (codul)	- lei -
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=C5xC6					
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

17. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

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

TOTAL	X	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

18. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază acordate pentru monitorizarea persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

Suma aferentă	CNP/ Număr de	Cod parafă	Tipul	Tarif
decontat/	identificare	medic care a	investigației	
Nr. investigație	personal/ Cod efectuate conf.	recomandat	paraclinice	
crt. (serie,	unic de	paraclinică***)	biletului de	
investigațiile	efectuate**)/	paraclinice	(codul)	- lei -
nr.)	identificare*)			
trimitere				

(lei)					
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=C5xC6					
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform anexei nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

19. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

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

TOTAL	X	X	X	X
TOTAL GENERAL	X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform literei C din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

20. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice din pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea art. 232 alin. (3<sup>5</sup>) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la recomandarea medicilor din ambulatoriu de specialitate

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

Suma aferentă decontat/ Nr. investigație	CNP/ Număr de Bilet de trimitere investigațiilor personal/ Cod efectuate conf.	Cod parafă medic care a recomandat	Tipul investigației paraclinice	Tarif
---	---	--	---------------------------------------	-------

crt. (serie, investigațiile nr.)		unic de efectuate**)/	paraclinică***)	biletului de	- lei -
trimitere		identificare*)	paraclinice	(codul)	
(lei)					
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7=C5xC6					
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
				...	...
TOTAL		X	X	X	X
TOTAL GENERAL		X	X	X	X

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului sau beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

\*\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la

Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*) Se completează conform literei D din anexa nr. 17 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
.....  
(nume și prenume)

(la 30-07-2024 Anexa 2-g a fost completată de Punctul 23 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)  
ANEXA 2-h

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



DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE  
 MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE  
 DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ  
 DENTARĂ, PENTRU GRUPA copii 0 - 18 ANI  
 LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la [lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Codul formulei dentare este conform [pct. 4 de la litera A din Anexa nr.14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile [art. 3 alin. \(2\) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 .....  
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-h se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată, la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

ANEXA 2-i

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ  
 CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN  
 AMBULATORIUL  
 DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA PESTE 18  
 ANI  
 LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Se trece nr. de cod conform tabelului de la [lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Codul formulei dentare este conform [pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) % este conform tabelului de la [lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare coroborat cu precizările prevăzute la nota din subsolul tabelului de la [lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile [art. 3 alin. \(2\) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-i se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

ANEXA 2-j

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ  
CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN  
AMBULATORIUL  
DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA

BENEFICIARILOR LEGILOR SPECIALE  
LUNA ..... ANUL .....

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

\*) se trece nr. de cod conform tabelului de la [lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) codul formulei dentare este conform [pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) % este conform tabelului de la [lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu precizările de la [pct. 7 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile [art. 3 alin. \(2\) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

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

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-j se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

ANEXA 2-k

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

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ  
ÎN CADRUL PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL

DE

SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ  
LUNA ..... ANUL .....

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

\*) se trece nr. de cod conform tabelului de la [lit. B din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) codul formulei dentare este conform [pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de medicină dentară din pachetul minimal sunt cele cuprinse în tabelul de la [litera B din Anexa nr. 14 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile [art. 3 alin. \(2\) din Anexa nr. 15 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-k se întocmește lunar în format electronic de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale și se transmite de către acesta, cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

ANEXA 2-1

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

1.1. Desfășurătorul lunar al serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare- zile de tratament din pachetul de servicii medicale de bază efectuate în ambulatoriu

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

		Număr de				
	CNP/ Număr	înregistrare				
	de	în	Număr zile	Număr	Tarif*)	
Tarif**)	Nr. identificare	documentele	de	zile de	pe zi de	pe
zi de	Sumă***)	de evidență	tratament	(lei)		
crt. tratament	personal/ tratament	de la	recomandate	efectuate		
	Cod unic de	de la				
	identificare	nivelul				
		furnizorului				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
C8=	C9=					
C5xC6	C5xC7					



1.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/							X	X
Număr de identificare personal								
2.								
Subtotal CNP/Cod unic de identificare/							X	X
Număr de identificare personal								
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/ Cod unic de								
identificare/ Număr de identificare								
personal 1 + Subtotal CNP/ Cod unic de							X	X
identificare/ Număr de identificare								
personal 2 + .....								

Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.1 din Anexa 2-1 = subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2 din Anexa 2-1

\*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la [lit. A, pct.1.1 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, și [art. 1 alin. \(2\) din Anexa 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54 prevăzute la [lit. A punctul 1.1 din Anexa 10 la Ordinul nr.1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4/zi, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

\*\*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la [lit. A, pct. 1.1 din Anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#) și [art. 1 alin. \(2\) din Anexa 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tariful se reduce după cum urmează:

- pentru 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;

- pentru 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;

- pentru o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;

În situația în care numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 2 sau 3 pe zi, din care cel puțin două sunt dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi de tratament este de 80 lei/zi.

\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile [art. 1 alin. \(12\) din Anexa nr. 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.~~

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1.1., se întocmește lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care serviciile au fost acordate pentru reabilitarea specifică afecțiunii oncologice, pentru care se întocmește un desfășurător distinct.

(la 30-07-2024 Nota de la Punctul 1.1. , Anexa 2-1 a fost modificată de [Punctul 26 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

Casa de asigurări de sănătate	
.....	Reprezentantul
legal	
Furnizorul de servicii medicale	al furnizorului



Subtotal CNP/Cod unic de identificare/			X	X
Număr de identificare personal				
...				
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de				
identificare/Număr de identificare				
personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de			X	X
identificare/Număr de identificare				
personal 2 + ...)				

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.1.a din anexa 2-1 = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din tabelul 1.2.a din anexa 2-1.

\*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament este prevăzut la lit. A, pct. 1.1 din anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și art. 1 alin. (2) din anexa 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54 prevăzute la lit. A punctul 1.1 din anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4/zi, în caz contrar tariful se reduce proporțional, conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

\*\*\*) Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1.1 din anexa 10 la Ordinul nr. 1857/441/2023 și art. 1 alin. (2) din anexa 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tariful se reduce după cum urmează:

- pentru 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;

- pentru 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;

- pentru o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;

În situația în care numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 2 sau 3 pe zi, din care cel puțin două sunt dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 28 - 29, 32 - 34, 38 și 54, tariful pe zi de tratament este de 80 lei/zi.

\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (13) din anexa nr. 11 la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct.1.1.a. se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.

(la 30-07-2024 Anexa 2-1 a fost completată de Punctul 27 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2. DESFĂȘURĂTORUL PROCEDURILOR SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE, INCLUSE ÎN ZILELE DE TRATAMENT DECONTATE DE CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

Nr. crt. unic	CNP/Număr de identificare personal/ cod procedură*)	Denumire	Număr proceduri, pe zi		zile de	
			proceduri	zile de		
1	de identificare	realizate	tratatament**)			
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	X	
---	---	--

SUBTOTAL CNP / Număr de  
identificare personal/Cod unic de  
identificare 1

2	X	
---	---	--

SUBTOTAL CNP /Număr de identificare												
personal/Cod unic de identificare 2												
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP /Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1 + Subtotal CNP /Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2 + ...)												

\*) conform [lit. A, pct. 1.1 din Anexa nr.10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) conform [lit. A, pct. 1.1.1 din Anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, și [art. 1 alin. \(7\) din Anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
 (nume și prenume)

~~NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-1 se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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 și pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale; pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății proprii persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens.~~

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1.2., se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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 și pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale; pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății proprii persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică





	unic de identificare 1								
<hr/>									
2									
<hr/>									
	Subtotal CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2								
<hr/>									
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 1 + Subtotal CNP/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare 2 + ...)									
<hr/>									

\*) conform lit. A, pct. 1.1 din anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) conform lit. A, pct. 1.1.1 din anexa nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și art. 1 alin. (7) din anexa nr. 11 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului  
.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la 1.2.a. se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.

(la 30-07-2024 Anexa 2-1 a fost completată de Punctul 29 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024,

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

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

Nr. crt.	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Număr de înregistrare în documentele de evidență de la nivelul cabinetului	Număr de 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 acupunctura este prevăzut la [lit. B, pct. 8, subpct. 8.1 din Anexa 7 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*) se decontează în conformitate cu prevederile [art. 6 alin. \(4\) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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 medicină fizică și de reabilitare  
LUNA ..... ANUL .....

	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de medical identificare asigurat	Număr de înregistrare în Motivul documentele serviciu de evidență de la nivelul cabinetului	Număr servicii de acupunctură - cazuri întreruperii finalizate (cure de tratament)	Număr zile recomandate	Număr zile efectuate cazurilor finalizate
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7	C8=C4xC7	C9			
TOTAL GENERAL					
X		X			
Număr mediu al zilelor de tratament realizate (Total General col. C6/Total General col. C4)					

\*) Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile de acupunctură este prevăzut la [lit. B, pct. 8, subpct. 8.2 din Anexa 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare; 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 (280 lei) x nr. mediu al zilelor de tratament realizate/10 ( număr mediu zile de tratament contractat); Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

\*\*\*) Se decontează în conformitate cu prevederile [art. 6 alin.\(4\) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*) Pentru curele de tratament întrerupte, în col. C9 se specifică motivul întreruperii curei de tratament conform [art. 6 alin.\(4\) din Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 2-m se întocmesc lunar în două exemplare din care un exemplar se depune/transmite la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătoarele din Anexa 2-m se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

ANEXA 2-n

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

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

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

Nr. crt.	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3	C4
Secțiunea 1			

	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale clinice
	...	...	...
	...	...	...
Secțiunea 2			
	Bilet de trimitere (serie, nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale de acupunctură
	...	...	...
	...	...	...

\*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cărduului european de asigurări sociale de sănătate.

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

2. Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de planuri de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate în ambulatoriul de specialitate la recomandarea medicilor de specialitate medicină fizică și de reabilitare

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

Nr.	Plan de proceduri specifice de medicină	CNP/ Număr de identificare personal/	Cod parafă medic care a recomandat procedurile
-----	---	--------------------------------------	--

crt.	fizică și de reabilitare (Nr. .....*)	Cod unic de identificare **)	specifice de medicină fizică și de reabilitare
C1	C2	C3	C4
	...	...	...
	...	...	...

\*) Se completează cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

\*\*\*) Se completează, după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari de formulare/documente europene, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cărduului european de asigurări sociale de sănătate.

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

ANEXA 3-a

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI  
FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA  
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15  
LUNA ..... ANUL.....

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

~~\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.~~

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare. În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. (la 30-07-2024 Textul marcat cu \*) de sub tabelul de la Punctul 1.1. , Anexa 3-a a fost modificat de Punctul 30 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic din PIAS/SIUI.

1.1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4 = C2 - C3
TOTAL SPITAL			

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

În tabelul de la pct. 1.1.1 se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format





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

În coloanele C1-C7 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externe și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul externat nevalidat
- "1" pentru cazul externat validat;
- "3" pentru cazul externat validat reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării

trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

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

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (cu excepția cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.2.1., Anexa 3-a a fost modificat de Punctul 32 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIU și nu cuprinde informații corespunzătoare cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.1. , Anexa 3-a a fost modificată de Punctul 32 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate - numai cazuri reinternate și transferate**)	
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\)](#) și [\(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#).

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.2.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Punctul 1.2.2. , Anexa 3-a a fost modificată de [Punctul 33 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....

PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Data	Numărul de	Cod de	Secția	Grupa	DRG-ului
externării * Caz cu (se Tipul de raportează caz în ordine corespunzător cronologică) afecțiune - oncologică***) zz.ll.aa.hh	înregistrare al Foi de oncologică/ Observație externat**) Clinică Generală	identificare a cazului suspiciune de externat			relativă a DRG cazului

c1 c7	c2 c8	c3	c4	c5	c6	
TOTAL x	***)	x	x	x		x

În coloanele C1 - C7 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

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

- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

\*\*\*\*) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI. În tabelul de la pct. 1.2.3. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și



TOTAL						
SPITAL						

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.2.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-a a fost completată de Punctul 34 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

C1 C7	C2	C3	C4	C5	C6	
TOTAL	***)	X	X	X	X	X

În coloanele C1 - C7 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#);
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză;
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat;

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

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate (cu excepția cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică).

(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. din Anexa 3-a a fost modificat de Punctul 35 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.3.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. , Anexa 3-a a fost modificată de Punctul 35 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)			Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate - fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate		
			Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					



\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#); nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.2. , Anexa 3-a a fost modificată de [Punctul 36 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Data	Numărul de	Cod de	Secția	Grupa	DRG-ului	Valoarea
externării*)	înregistrare	identificare				
- se	Caz cu	Caz cu				relativă a
Tipul de	al Foi de	afecțiune				
raportează	afecțiune	afecțiune				
caz	Observație	a cazului				
în ordine	externat**)	oncologică***)				DRG
corespunzător	Clinică	externat				oncologică***)
cronologică	Generală					cazului
-						

zz.ll.aa.hh						
c1	c2	c3	c4	c5	c6	
c7	c8	c9				
TOTAL	***)	x	x	x	x	x
x	x					

În coloanele C1 - C7 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023 ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză;

- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat;

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

\*\*\*\*) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

(la 30-07-2024 Anexa 3-a a fost completată de Punctul 37 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.3.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE AL SPITALULUI .....

PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Secția	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate*)			Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate-fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri reinternate și transferate		
			Nr. cazuri care au primit avizul comisiei de analiză**)	Nr. cazuri fără avizul comisiei de analiză**)	
C1	C2	C3	C4	C5	C6= C2-C3-C4-C5
TOTAL SPITAL					

\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care

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

În tabelul de la pct. 1.3.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

(la 30-07-2024 Anexa 3-a a fost completată de Punctul 37 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 3-b

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

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

SECȚIA	Nr. cazuri externate*)	ICM contractat*1)	Tarif pe caz ponderat*2)	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	$C4=C1 \times C2 \times C3$
TOTAL SPITAL				

\*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-a.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1. , Anexa 3-b a fost modificată de Punctul 38 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ SAU CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

SECȚIA	Nr. cazuri externate*)	ICM contractat*1)	Tarif pe caz ponderat*2)	Suma de plată**)
C0	C1	C2	C3	C4= C1xC2xC3
TOTAL SPITAL				

\*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*2) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 din anexa 3-a.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> și art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la

Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la pct. 1.2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
 (nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-b a fost completată de Punctul 39 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.2.1. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

\*1) Conform [anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externate, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

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

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

\*\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);  
(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.2.1. din Anexa 3-b a fost modificat de [Punctul 40 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

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

cu cifra "3" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9, lit. a\), punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*\*) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

~~NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

~~Odată cu raportarea lunară, furnizorii privați de servicii medicale spitalicești vor transmite în PIAS decontul de cheltuieli eliberat asiguraților pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistemul DRG pentru care au încasat contribuție personală asiguraților, potrivit art. 9, lit. a), pct. 1.3 din anexa 23 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Odată cu raportarea lunară, furnizorii privați de servicii medicale spitalicești vor transmite în PIAS decontul de cheltuieli eliberat asiguraților pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistemul DRG pentru care au încasat contribuție personală asiguraților, potrivit art. 9, lit. a), pct. 1.3 din anexa 23 la Ordinul nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la pct. 1.2.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.1. , Anexa 3-b a fost modificată de Punctul 40 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externe, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		Tarif pe caz ponderat*2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5



TOTAL SPITAL				
--------------	--	--	--	--

\*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție. Total col. C2 + total col. C3 </= total col. C6 din desfășurătorul 1.2.1 din anexa 3-b.

\*2) Conform [anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*3) Suma realizată se calculează conform formulei  $C5 = (C2 \times C4) + (C3 \times C4 \times 10\%)$ .

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. a\) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-b corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.2.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.2. , Anexa 3-b a fost modificată de [Punctul 41 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Data					
externării *	Numărul de				

(se Tipul de raportează caz în ordine externat**)   cronologică)	înregistrare Tarif pe al Foii de caz Observație ponderat*1)   Clinică - Generală	Caz cu suspiciune Cod de identificare Suma a cazului realizată****)   externat oncologică*****)	afecțiune Secția oncologică/ Caz de afecțiune	Valoarea relativă a Caz DRG   DRG-ului corespunzător		
					Grupa DRG	
zz.ll.aa.hh						
C1 C7	C2 C8	C3 C9	C4 c10	C5	C6	
TOTAL	***)	x	x	x	*****)	x

\*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul nr. MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile externe, raportate și validate pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

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

sau transferat);

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică;

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

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

cu cifra "3" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*\*\*\*) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.2.3 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

\*\*\*\*\*) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-b a fost completată de Punctul 42 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE.DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secția	Nr. cazuri ponderate aferente cazurilor externate, raportate și validate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului*1)		Tarif pe caz ponderat*2)	Suma realizată*3)
	Fără cazuri ponderate reinternate și transferate	Cazuri ponderate reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5

TOTAL SPITAL				

\*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C2 + total col. C3 <= total col. C6 din desfășuratorul 1.2.3 din anexa 3-b.

\*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) Suma realizată se calculează conform formulei  $C5 = (C2 \times C4) + (C3 \times C4 \times 10\%)$ .

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a) punctul 1 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-b corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

În tabelul de la pct. 1.2.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-b a fost completată de Punctul 42 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

Data					
externării*	Numărul de			Valoarea	
(se	înregistrare	Cod de		relativă a	
Tipul de	Tarif pe				

raportează caz în ordine corespunzător cronologică)	al Foii de caz Observație externat**)   Clinică Generală	identificare Suma a cazului ponderat*1)   externat	Secția	Grupa	DRG-ului DRG realizată****)	cazului	
-							
zz.ll.aa.hh							
C1	C2	C3	C4	C5	C6		
C7	C8	C9					
TOTAL	***)	X	X	X	*****)		X

\*1) Conform [anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1-C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#);

- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care

au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

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

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);  
(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. din Anexa 3-b a fost modificat de Punctul 43 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

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

cu cifra "3" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. a), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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.

\*\*\*\*\*) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.1 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

~~NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești

În tabelul de la pct. 1.3.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. , Anexa 3-b a fost modificată de Punctul 43 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI

FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

\*) Conform [art. 96 alin. \(3\)](#) și [\(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#).

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

\*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C5 </= total col. C6 din desfășurătorul 1.3.1 din anexa 3-b.

\*2) Conform [anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*3) Suma realizată se calculează conform formulei  $C7 = [(C2 + C3) \times C6] + (C4 \times C6 \times 10\%)$ .

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. a\) punctul 2 din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare. 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

.....

(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.2. , Anexa 3-b a fost modificată de [Punctul 44 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA



GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL  
.....

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

\*1) Conform anexei nr. 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

În coloanele C1 - C7 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate.

Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării pentru cazurile validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv; se

completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat;
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

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

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

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

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

cu cifra "3" conform formulei:  $C9 = C6 \times C8 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

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.

\*\*\*\*\*) Total coloana C6 = număr cazuri ponderate corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate și este egal cu coloana C6 din tabelul 1.3.3 din anexa 3-a. Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-b a fost completată de Punctul 45 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, FINANȚATE PE BAZA GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

--	--	--	--	--

			Nr. total		
			cazuri		
			ponderate în		
	Nr. cazuri ponderate aferente		limita		
	cazurilor externate raportate și		fondurilor		
	validate, în limita fondurilor		aprobate în	Tarif pe	
	aprobate în bugetul FNUASS		bugetul	caz	
Suma	pentru Planul național pentru		FNUASS		
pentru	ponderat*2) realizată*3)		Planul		
	prevenirea și combaterea		național		
	cancerului*1)		pentru		
			prevenirea și		
			combaterea		
Secția			cancerului*1)		
		Cazuri ponderate			
		reinternate și			
		transferate			
	Fără cazuri				
	ponderate	Cazuri	Cazuri		
	reinternate	ponderate	ponderate		
	și	care au	fără		
	transferate	primit	avizul		
		avizul	comisiei		
		comisiei	de		
		de	analiză**)		
		analiză*)			

C1 C7	C2	C3	C4	C5=C2+C3+C4	C6
TOTAL					x
SPITAL					

\*) Conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

\*1) Numărul cazurilor ponderate pe secție se calculează prin însumarea valorilor relative ale DRG-urilor corespunzătoare cazurilor externate din secție.

Total col. C5 <=/= total col. C6 din desfășuratorul 1.3.3 din anexa 3-b.

\*2) Conform anexei 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*3) Suma realizată se calculează conform formulei  $C7 = [(C2 + C3) \times C6] + (C4 \times C6 \times 10\%)$ .

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. 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

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-b a fost completată de Punctul 45 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)  
ANEXA 3-c

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS		Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate	Raportate și validate***)	Raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de zile de spitalizare validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#), [art. 110](#), [art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#) și [110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.1. , Anexa 3-c a fost completat de [Punctul](#)

46 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

1.1.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	
	Raportate și validate**)	Raportate și nevalidate
C1	C2	C3
TOTAL SPITAL		

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.1.1 se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

(la 30-07-2024 Anexa 3-c a fost completată de Punctul 47 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

1.2.a)

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe și raportate la CAS	Nr. cazuri externe raportate și validate**)		Nr. cazuri externe raportate și nevalidate
		Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5= C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#);

Notă: În tabelul de la pct. 1.2.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.2.a) , Punctul 1.2. , Anexa 3-c a fost completat de [Punctul 48 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.b)

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3

TOTAL SPITAL			
--------------	--	--	--

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#), [art. 110](#), [art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#) și [110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

**1.2.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....**

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate**)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5=



				C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/compartimente de cronici prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.2.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-c a fost completată de [Punctul 49 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

1.3.a)

		Nr. cazuri externe, raportate și		
		validate**)		
	Nr. cazuri	Nr. cazuri		
cazuri	externe	externe	Nr. cazuri	Nr. cazuri
Secția/compartmentul*)	reinternate	reinternate	externe	externe
	și raportate	și raportate	și	
		fără cazuri	transferate	și
	la CAS	reinternate	care au	
transferate	nevalidate			

		și	primit	fără avizul	
		transferate	avizul	comisiei de	
			comisiei de	analiză***)	
			analiză***)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6=
C3-C4-C5					C2-
TOTAL SPITAL					

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#); 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 reinternate sau transferate;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.3.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.3.a) , Punctul 1.3. , Anexa 3-c a fost completat de [Punctul 50 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.3.b)

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#), [art. 110](#), [art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2).

\*\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#) și [110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

1.3.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI -  
ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ

ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE ZI DE SPITALIZARE AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Nr. cazuri Secția/ externe compartimentul*) reinternate	Nr. cazuri externe raportate și validate**)		Nr. cazuri externe		Nr. cazuri reinternate
	raportate	și validate**)	fără cazuri	transferate	
transferate la CAS nevalidate	și raportate	și externe	fără cazuri	transferate	și
			care au primit fără avizul comisiei de analiză***)	și	
			transferate avizul comisiei de analiză***)		
C1	C2	C3	C4	C5	C6=
C3-C4-C5					C2-
TOTAL SPITAL					

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri

distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare; nr. cazuri care au fost raportate lunar, nr. cazuri care nu au mai fost raportate, nr. cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

Notă: În tabelul de la pct. 1.3.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

(la 30-07-2024 Anexa 3-c a fost completată de Punctul 51 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.4.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA

..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

Notă: În tabelul de la pct. 1.4.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea

și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.4.1. , Anexa 3-c a fost completat de Punctul 52 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,  
.....

1.4.1.a. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare. Notă: În tabelul de la pct. 1.4.1.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,  
.....

(la 30-07-2024 Anexa 3-c a fost completată de Punctul 53 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.4.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

--	--	--	--

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.4.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.4.2. , Anexa 3-c a fost completat de [Punctul 54 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

1.4.2.a. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE  
PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR  
ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - PENTRU LUNA  
..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2

TOTAL SPITAL			
--------------	--	--	--

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Notă: În tabelul de la pct. 1.4.2.a se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

(la 30-07-2024 Anexa 3-c a fost completată de Punctul 55 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.4.3. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU TRIMESTRUL ..... ANUL  
.....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al



președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.4.3. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.4.3. , Anexa 3-c a fost completat de Punctul 56 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

1.4.3.a. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - PENTRU TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate și raportate la CAS	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate**)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și nevalidate
C0	C1	C2	C3=C1-C2
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Validarea zilelor de spitalizare se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere, după caz, și numărul de cazuri externe și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.4.3.a se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

(la 30-07-2024 Anexa 3-c a fost completată de Punctul 57 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

ANEXA 3-d

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 raportul 1.1 din anexa 3-c.

\*\*\*) Se completează cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, în cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#), [art. 110](#), [art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2)

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#) și [110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 16 alin. \(2\) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*1) durata de spitalizare din [anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1. , Anexa 3-d a fost modificată de [Punctul 58 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE.DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE

ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*) realizată***)	Nr. cazuri externate, raportate și validate**)	Durata de spitalizare*1)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment contractat	Suma
	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC5
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C2 din raportul 1.1.1 din anexa 3-c.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> și art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*1) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.1.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a

reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-d a fost completată de Punctul 59 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

1.2.a)

Secția/ Suma compartimentul) realizată**)   compartiment,	Nr. cazuri externe,			
	raportate și validate,			Tarif pe zi
	în limita sumei			de
	contractate*1)		Durata de	spitalizare
	spitalizare*2)		pe secție/	
	Fără cazuri	Cazuri		
	reinternate	reinternate		contractat
	și	și		
	transferate	transferate		
C6= C2xC4xC5				
C1	C2	C3	C4	C5
+				
C3xC4xC5x10%.				
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) subpct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr.

[1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.a din anexa 3-c.  
Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.a din anexa 3-c.

\*2) Durata de spitalizare din [anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din [anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.2.a nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.2.a) , Punctul 1.2. , Anexa 3-d a fost completat de [Punctul 60 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.b)

Secția/ compartimentul )	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#), [art. 110](#), [art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 și 1333.2)

\*\*\*) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.b din anexa 3-c.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#) și [110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul

realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. b\) pct. b1\) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.2.b nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.2.b) , Punctul 1.2. , Anexa 3-d a fost completat de [Punctul 61 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

<p>Suma rămasă de plată pentru luna curentă = suma realizată (col. C6 din tabelul 1.2.a +col. C4 din tabelul 1.2.b) cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din Anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, din care se scade suma din coloana C6 din raportul 1.1 din anexa 3-d corespunzător lunii pentru care se face decontarea.</p>	<p>Suma rămasă de plată pentru luna curentă .....</p>
--	---

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.2.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

	Nr. cazuri externate,			
	raportate și validate,			
	în limita fondurilor			
	aprobate în bugetul			
	FNUASS pentru Planul			Tarif pe zi
	național pentru			de
Secția/ Suma	prevenirea și	Durata de		spitalizare
compartimentul*)	combaterea	spitalizare*2)		pe secție/ realizată**)
compartiment,	cancerului*1)			
				contractat
	Fără cazuri	Cazuri		
	reinternate	reinternate		
	și	și		
	transferate	transferate		
C6=C2xC4xC5				
C1	C2	C3	C4	C5
+				
C3xC4xC5x10%				



TOTAL SPITAL				
--------------	--	--	--	--

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-c. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.2.1 din anexa 3-c.

\*2) Durata de spitalizare din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.2.1. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-d a fost completată de Punctul 62 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE ÎN SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI DIN SPITALE, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

1.3.a)

		Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate*1)		
			Nr. cazuri externate,	Nr. cazuri
Tarif pe zi de Secția/ spitalizare compartimentul*)	Suma	Nr. cazuri raportate și validate	și validate raportate	Durata de spitalizare*2)
validate	spitalizare*2)	pe secție/ și	reinternate și realizată**)	și reinternate
compartiment				

contractat	(fără	transferate	și	
	reinternate	care au	transferate	
	și	primit	fără avizul	
	transferate)	avizul	comisiei de	
		comisiei de	analiză	
		analiză		
C1	C7= (C2+C3)	C3	C4	C5
C6	x C5xC6+C4 x			
	C5xC6x10%			
TOTAL SPITAL				x
x				

\*) Secții/compartimente de cronici, prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. b\) pct. b1\) subpct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

\*1) Coloana C2 + coloana C3 + coloana C4 <= coloana C3 + coloana C4 + coloana C5 din tabelul 1.3.a din anexa 3-c.

\*2) Durata de spitalizare din [anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare dacă durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată aferentă cazurilor raportate și validate de CAS dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din [anexa nr. 25 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.3.a nu se raportează cazurile

diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.3.a) , Punctul 1.3. , Anexa 3-d a fost completat de Punctul 63 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.b)

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate raportate și validate, în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare pe secție/ compartiment contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III (cod de secție 1222.1 și 1222.2), pneumoftiziologie adulți și copii (cod de secție 1301 și 1302), psihiatrie cronici (cod de secție 1333.1 1333.2)

\*\*\*) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.b din anexa 3-c.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*\*) suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b1) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

NOTĂ: În tabelul de la pct. 1.3.b nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Punctul 1.3.b) , Punctul 1.3. , Anexa 3-d a fost completat de Punctul 64 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.4.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .....  
ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Coloana C2 <=/= coloana C2 din tabelul 1.4.1 din anexa 3-c.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești..

În tabelul de la pct. 1.4.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.4.1. , Anexa 3-d a fost modificată de Punctul 65 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.4.1.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita fondurilor aprobrate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului**)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3

TOTAL SPITAL			
--------------	--	--	--

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.1.a. din anexa 3-c.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.1.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-d a fost completată de Punctul 66 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.4.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU LUNA .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Coloana C2 <= coloana C2 din tabelul 1.4.2 din anexa 3-c.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea

prevederilor [art. 9 lit. b\) pct. b2\) subpct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.4.2. , Anexa 3-d a fost modificată de [Punctul 67 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.4.2.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PENTRU LUNA .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Coloana C2 <=/= coloana C2 din tabelul 1.4.2.a. din anexa 3-c.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr.](#)

1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.2.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiuni oncologice, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-d a fost completată de Punctul 68 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.4.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate **)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Sumă realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*\*) Coloana C2 <=/= coloana C2 din tabelul 1.4.3 din anexa 3-c.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. b) pct. b2) subpct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică~~



~~extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.3. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.4.3 , Anexa 3-d a fost modificată de Punctul 69 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.4.3.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE PALIATIVE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ, PENTRU TRIMESTRUL ..... ANUL  
.....

Secția/ compartimentul*)	Nr. zile de spitalizare efectiv realizate, raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe zi de spitalizare contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4=C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secția/Compartimentul de îngrijiri paliative prevăzut ca structură distinctă în structura spitalului aprobată/avizată de MS.

\*\*) Coloana C2 <=/= coloana C2 din tabelul 1.4.3.a din anexa 3-c.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare

de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.4.3.a. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-d a fost completată de Punctul 70 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 3-e

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

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 ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate **)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în [anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1. , Anexa 3-e a

fost modificată de Punctul 71 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

1.2. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate și raportate la CAS	Nr. cazuri externate raportate și validate**)	Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4=C2-C3
TOTAL SPITAL			

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

(la 30-07-2024 Anexa 3-e a fost completată de Punctul 72 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.2.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE

TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA  
 ..... 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/ compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	X	X	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externe și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

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

~~\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe și raportate la CAS.~~

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe și raportate la CAS (cu excepția cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică).

(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.2.1. din Anexa 3-e a fost modificat de Punctul 73 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

~~NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.2.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.1. , Anexa 3-e a fost modificată de Punctul 73 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externe raportate la CAS	Nr. cazuri externe, raportate și validate **)		Nr. cazuri externe raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externe fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externe, reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5= C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de

asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#).

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

1.2.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA .... 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/ compartimentul	Tipul de caz externat**)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	x	x	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru cazurile externate și raportate la CAS pentru luna respectivă; se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50

se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

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

- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

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

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

Desfășurătorul de la punctul 1.2.3 cuprinde doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-e a fost completată de Punctul 74 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate raportate la CAS	Nr. cazuri externate, raportate și validate **)		Nr. cazuri externate raportate și nevalidate
		Nr. cazuri externate fără cazuri reinternate și transferate	Nr. cazuri externate, reinternate și transferate***)	
C1	C2	C3	C4	C5= C2-C3-C4
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.2.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-e a fost completată de Punctul 74 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.1. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU 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/ compartimentul	Tipul de caz externat **)
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL	***)	X	X	

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare



cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50);

\*\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;
- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#);
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

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

\*\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)  
(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. din Anexa 3-e a fost modificat de [Punctul 75 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

~~NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

Desfășurătorul de la pct. 1.3.1. nu cuprinde cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.



TOTAL SPITAL					

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în [anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#); numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,

.....

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.~~

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.2. , Anexa 3-e a fost modificată de [Punctul 76 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Data					
------	--	--	--	--	--

externării*)	Numărul de				
- se	înregistrare	Cod de		Tipul de	
Caz cu	Caz cu				
raportează	al Foii de	identificare	Secția/	caz	
suspiciune de	afecțiune				
în ordine	Observație	a cazului			
compartimentul	externat**)	afecțiune	(oncologică****)		
cronologică	Clinică	externat			
oncologică****)					
-	Generală				
zz.ll.aa.hh					
C1	C2	C3	C4	C5	
C6	C7				
TOTAL	***)	x	x		

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50);

\*\*\*) Tipul de caz externat și raportat la CAS, se completează după caz, astfel:

- "0" pentru cazul nevalidat;

- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);
- "11" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză
- "12" pentru cazul externat nevalidat, reinternat sau transferat.

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate și raportate la CAS (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică)

\*\*\*\*) Se va completa cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune oncologică.

NOTĂ: Desfășurătorul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

(la 30-07-2024 Anexa 3-e a fost completată de Punctul 77 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.4. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

			Nr. cazuri externate, raportate și						
			validate **)						
			-----						
		Nr.		Nr. cazuri					
		cazuri		externate,		Nr. cazuri			
Nr. cazuri		externate		Nr. cazuri		reinternate		externate,	
Secția/		și		externate		și		reinternate	
externate,		raportate		fără cazuri		transferate,		și	
compartimentul*)									
raportate									
		la CAS		reinternate		care au			
transferate,		nevalidate							

		și	primit	fără avizul	
		transferate	avizul	comisiei de	
			comisiei de	analiză***)	
			analiză***)		
C1	C2	C3	C4	C5	
C6=					
C2-C3-C4-C5					
TOTAL SPITAL					

\*) Secții/Compartimente de acuzi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări

de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

În tabelul de la pct. 1.3.4. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-e a fost completată de Punctul 77 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 3-f

Județul .....

Localitatea .....

Furnizor de servicii medicale .....

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, 1.2. PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA  
..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secții/Compartimente de acugi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în [anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 din anexa 3-e.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 16 alin. \(2\), din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de

asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1. , Anexa 3-f a fost modificată de Punctul 78 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate realizate**)	Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL			

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri externate, raportate și validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 din anexa 3-e.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> și art. 16 alin. (2), din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Formularul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.2. se raportează doar cazurile



diagnosticate cu afecțiuni oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-f a fost completată de Punctul 79 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita sumei contractate *1)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5= C2xC4+ C3xC4x10%
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*1) Coloana C2 <=/= coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <=/= coloana C4 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e.

\*\*\*) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. c) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.1 din anexa 3-f corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de

asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești..

În tabelul de la pct. 1.3. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3. , Anexa 3-f a fost modificată de Punctul 80 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.a. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Secția/ compartimentul*)	Nr. cazuri externate, raportate și validate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului *1)		Tarif mediu pe caz rezolvat, contractat	Suma realizată**)
	Fără cazuri reinternate și transferate	Cazuri reinternate și transferate		
C1	C2	C3	C4	C5= C2xC4 + C3xC4x10%
TOTAL SPITAL				

\*) Secții/Compartimente de acuzi prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*1) Coloana C2 <=/= coloana C3 din tabelul 1.2.2 din anexa 3-e.  
Coloana C3 <=/= coloana C4 din tabelul 1.2.4 din anexa 3-e.

\*\*\*) Suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă diferența dintre suma realizată din col. C5 și suma din col. C4 din raportul 1.2 din anexa 3- f corespunzător lunii pentru



TOTAL	***)	X	X	X	X
-------	------	---	---	---	---

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externate, raportate și validate. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv, se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#);
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

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

\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externate decontate (cu excepția cazurilor diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. din Anexa 3-f a fost modificat de [Punctul 82 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

- cu cifra "1" conform formulei:  $C7 = C6$ ;
- cu cifra "2" conform formulei:  $C7 = C6$ ;
- cu cifra "3" conform formulei:  $C7 = C6 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. c\), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

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

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Desfășurătorul de la pct. 1.3.1. nu cuprinde cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.1. , Anexa 3-f a fost modificată de Punctul 82 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

	Nr. cazuri externate, raportate și validate în limita sumei contractate*1)			
Secția/ Suma compartimentul*) realizată***)	Nr. cazuri externate	Nr. cazuri reinternate	Nr. cazuri externate,	Tarif mediu pe caz rezolvat,
	și fără cazuri	și transferate,	și transferate,	și contractat
	și reinternate	care au primit	fără avizul	

	transferate	avizul	comisiei de	
		comisiei de	analiză**)	
		analiză**)		
C1	C2	C3	C4	C5
C6				
TOTAL SPITAL				X

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în [anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*1) Coloana C2 <=/= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <=/= coloana C4 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C4 <=/= coloana C5 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e.

\*\*\*) conform [art. 96 alin. \(3\) și \(4\) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023](#); numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care nu au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externate reinternate sau transferate;

\*\*\*) Suma realizată se calculează conform formulei  $C6 = [(C2 + C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 10\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. c\) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.~~

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelul de la pct. 1.3.2. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.2. , Anexa 3-f a fost modificată de Punctul 83 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.3. DESFĂȘURĂTOR PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

TOTAL	***)	x	x	x	x

În coloanele C1 - C5 se regăsesc informații corespunzătoare cazurilor externe, raportate și validate, doar pentru cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Validarea cazurilor rezolvate se face de către CAS conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

\*) Se ordonează cronologic în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la începutul trimestrului respectiv, se completează în cifre. (ex. 10 august 2023, ora 10:50 se va completa 10.08.23.10:50)

\*\*\*) Tipul de caz externat, raportat și validat se completează după caz, astfel:

- "1" pentru cazul externat validat
- "2" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, care a primit avizul comisiei de analiză conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
- "3" pentru cazul externat validat, reinternat sau transferat, fără avizul comisiei de analiză (reprezintă cazuri care au fost raportate lunar, cazuri care nu au mai fost raportate, cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acesta reprezintă caz externat reinternat sau transferat);

\*\*\*\*) Total col. C2 = nr. total Foi de Observație Clinică Generală = Nr. cazuri externe decontate (doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică);

\*\*\*\*\*) Suma realizată se calculează corespunzător unui caz notat în col. C5, astfel: cu cifra "1" conform formulei:  $C7 = C6$ ;  
cu cifra "2" conform formulei:  $C7 = C6$ ;  
cu cifra "3" conform formulei:  $C7 = C6 \times 10\%$ ;

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;



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

.....  
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-f a fost completată de Punctul 84 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.4. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF MEDIU PE CAZ REZOLVAT, PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

	Nr. cazuri externate, raportate și		
	validate în limita sumei		
	contractate*1)		
	Nr. cazuri	Tarif	
	externate,	Nr. cazuri	mediu pe
Secția/ Suma	Nr. cazuri	reinternate	externate, caz
compartimentul*)	externate	și	reinternate rezolvat,
realizată***)	fără cazuri	transferate, și	contractat
	reinternate	care au	transferate,
	și	primit	fără avizul
	transferate	avizul	comisiei de
		comisiei de	analiză**)
		analiză**)	

C1 C6	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL				x

\*) Secții/Compartimente de acuți prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de MS, din spitale care nu se regăsesc în anexa 23 A la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*1) Coloana C2 <= coloana C3 din tabelul 1.3.2 din anexa 3-e. Coloana C3 <= coloana C4 din tabelul 1.3.4 din anexa 3-e. Coloana C4 <= coloana C5 din tabelul 1.3.4 din anexa 3-e.

\*\*\*) conform art. 96 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/ 2023; numărul de cazuri care au fost raportate lunar, numărul de cazuri care au mai fost raportate, numărul de cazuri care au fost raportate de spital, dar care ca urmare a raportării trimestriale de către alte spitale a unor cazuri care nu au mai fost raportate, se constată că acestea reprezintă cazuri externe reinternate sau transferate;

\*\*\*\*) Suma realizată se calculează conform formulei  $C6 = [(C2 + C3) \times C5 + C4 \times C5 \times 10\%]$

Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>^</sup>1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până

la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-f a fost completată de Punctul 84 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

~~ANEXA 3-g~~

~~CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....~~  
~~RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE ÎN REGIM~~  
~~DE SPITALIZARE CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI~~  
~~PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .../LUNA ...../TRIMESTRUL ..... ANUL~~  
~~.....~~


~~\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate~~

~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.~~

ANEXA 3-g

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1. RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI .....  
PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... /LUNA ...../TRIMESTRUL .....  
ANUL .....

Date de identificare al cazului externat invalidat*)				Motivul invalidării	
Secția/ compartimentul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS / CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6


\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

În tabelul de la pct. 1. nu se raportează cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

2. RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR INVALIDATE (PENTRU PERSOANELE) ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ) - ÎN REGIM DE SPITALIZARE CONTINUĂ ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ...../LUNA ...../TRIMESTRUL ..... ANUL .....

Date de identificare al cazului externat invalidat*)				Motivul invalidării	
Secția/ compartimentul	Cod de identificare a cazului externat	Nr. de înregistrare Foaie de Observație Clinică Generală	Data externării	Mesaj de eroare	Tip eroare (INMSS / CAS)
C1	C2	C3	C4	C5	C6

\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

În tabelul de la pct. 2. se raportează doar cazurile diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care decontarea se face din fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea

și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Anexa 3-g a fost modificată de [Punctul 85 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

1.1.A. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,  
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.A. nu se raportează cazurile -



TOTAL SPITAL	x				
--------------	---	--	--	--	--

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.1.A.1. se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 87 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.1.B. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ ..... AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,  
 .....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.B. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1.B. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 88 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.1.B.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi validate/raportate și nevalidate rezolvat cu		Cod	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și
procedură cazuri   chirurgicală*)	procedură   Nr. cazuri		Nr. cazuri   suspiciune	Nr.   afecțiune
cazuri   suspiciune	Nr. cazuri   suspiciune		Nr. cazuri   suspiciune	Nr.   afecțiune
			afecțiune   de	afecțiune   afecțiune



afecțiune oncologică		afecțiune oncologică		afecțiune oncologică		afecțiune oncologică	
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
TOTAL SPITAL		x					

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.1.B.1. se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 89 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.1.C. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF

PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA  
 ..... ANUL .....

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.C. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1.C. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 90 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.1.C.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI -

ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Denumire	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii	Nr. suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii	Nr. suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii	Nr. suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi,

prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.1.C.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 91 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.1.D. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS,

conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,  
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.1.D. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.1.D. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 92 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.1.D.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Denumire	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii medical*)	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică

C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.1.D.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 93 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.1.E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

\*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în [anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

1.1.F. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

TOTAL SPITAL			

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.1.F. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 94 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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



TOTAL SPITAL X				

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.2.A. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.  
(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.A. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 95 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.A.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

		Nr. cazuri în regim	Nr. cazuri în regim

Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi validate	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și Denumire nevalidate afecțiuni	Cod	de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:	de spitalizare de zi raportate și (**)		
(diagnostic)	diagnostic		Nr. cazuri	Nr.		
*)	Nr. cazuri		Nr. cazuri	suspiciune	Nr.	
cazuri	suspiciune	Nr. cazuri	suspiciune	afecțiune	de	afecțiune
afecțiune	afecțiune		afecțiune	de	afecțiune	afecțiune
oncologică	oncologică		oncologică	afecțiune	oncologică	oncologică
				oncologică		
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
C7	C8					
TOTAL SPITAL	x					

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.2.A.1 se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 96 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.2.B. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.B. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 97 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.B.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi	Denumire caz raportate și rezolvat cu nevalidate procedură	Cod	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)
	chirurgicală procedură		Nr. cazuri	Nr. cazuri
Nr. cazuri *)			Nr. cazuri suspiciune	Nr. cazuri suspiciune
cazuri suspiciune	Nr. cazuri suspiciune		afecțiune de	afecțiune afecțiune
afecțiune oncologică	afecțiune oncologică		oncologică afecțiune oncologică	oncologică
			oncologică	
C1	C2	C3	C4	C5
				C6

C7	C8						
TOTAL SPITAL	x						

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,  
 .....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.
2. În tabelul de la pct. 1.2.B.1 se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 98 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.2.C. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.C. , Anexa 3-h

a fost completată de Punctul 99 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2.C.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Denumire	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii medical*)	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.2.C.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 100 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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



TOTAL SPITAL			
-----------------	--	--	--

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.4.1](#) și [B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,  
.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.2.D. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.2.D. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 101 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.2.D.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

	Nr. servicii în regim	Nr. servicii în regim	Nr. servicii
în regim	de spitalizare de zi	de spitalizare de zi	de
spitalizare de zi	raportate la CAS, din	raportate și	raportate si

	care:	validate**)		nevalidate		
Denumire						
serviciu		Nr.		Nr.		
Nr.						
medical*)	Nr.	servicii	Nr.	servicii	Nr.	
servicii						
suspiciune	servicii	suspiciune	servicii	suspiciune	servicii	
afecțiune	afecțiune	de	afecțiune	afecțiune	afecțiune	
oncologică	oncologică	afecțiune	oncologică	oncologică		
		oncologică				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,

.....  
NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.2.D.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 102 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.2.E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU LUNA ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

\*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform

prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

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

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.2.F. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 104 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,  
.....



TOTAL SPITAL	x				

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.3.A.1 se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 106 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

		Nr. cazuri	Nr. cazuri	Nr. cazuri
--	--	------------	------------	------------

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	în regim de spitalizare de zi raportate la CAS	în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4	C5
TOTAL SPITAL	X			

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,  
 .....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.3.B. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.B. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 107 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.3.B.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI -



ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ  
 ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE  
 SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE CAZ REZOLVAT CU  
 PROCEDURĂ CHIRURGICALĂ AL SPITALULUI ..... PENTRU  
 TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și Denumire caz nevalidate, din care: rezolvat cu procedură procedură		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care: Cod		Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate**), din care:	
chirurgicală*)		Nr. cazuri		Nr.	
cazuri	Nr. cazuri	Nr. cazuri	suspiciune	Nr.	
cazuri	suspiciune	Nr. cazuri	suspiciune	afecțiune	afecțiune
afecțiune	afecțiune	afecțiune	de	afecțiune	afecțiune
oncologică	oncologică	oncologică	oncologică	afecțiune oncologică	
C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7	C8				
TOTAL SPITAL	x				

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în

spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.3.B.1. se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 108 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

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

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

SPITAL			
--------	--	--	--

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,  
 .....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.3.C. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.C. , Anexa 3-h a fost completată de [Punctul 109 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

1.3.C.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

	Nr. servicii în regim	Nr. servicii în regim	Nr. servicii
în regim	de spitalizare de zi	de spitalizare de zi	de
spitalizare de zi	raportate la CAS, din	raportate și	raportate si
	care:	validate**)	nevalidate

Denumire						
serviciu Nr.		Nr.		Nr.		
medical*)	Nr.	servicii	Nr.	servicii	Nr.	
servicii	servicii	suspiciune	servicii	suspiciune	servicii	
suspiciune	afecțiune	de	afecțiune	afecțiune	afecțiune	
afecțiune	oncologică	afecțiune	oncologică	oncologică	oncologică	
oncologică	oncologică	oncologică	oncologică	oncologică		
		oncologică				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
TOTAL						
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de

sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.3.C.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 110 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările ulterioare.

3. În tabelul de la pct. 1.3.D. nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de sub tabelul de la Punctul 1.3.D. , Anexa 3-h a fost completat de Punctul 111 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.3.D.1. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Denumire	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate la CAS, din care:		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate**)		Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate	
	Nr. servicii	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică	Nr. servicii	Nr. servicii suspiciune afecțiune oncologică
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7

TOTAL						
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,  
 .....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.
2. În tabelul de la pct. 1.3.D.1. se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 112 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.3.E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE

SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU  
TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

Denumire serviciu medical )	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate )	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

\*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în [anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

1.3.F. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI ..... PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

	Nr. servicii în	Nr. servicii în	Nr. servicii în



Denumire serviciu medical*)	regim de spitalizare de zi raportate la CAS	regim de spitalizare de zi raportate și validate**)	regim de spitalizare de zi raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

\*\*\*) Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

.....

NOTĂ:

1. Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI.

2. În tabelul de la pct. 1.3.F. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 3-h a fost completată de Punctul 112 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 3-i

Județul .....  
Localitatea .....  
Furnizor de servicii medicale .....

1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL .....

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

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

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 A din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 16 alin. \(2\) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea

unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. A nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera A. , Punctul 1.1. , Anexa 3-i a fost modificată de Punctul 113 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

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

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.1 B din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de

unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate](#), precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. B nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera B. , Punctul 1.1. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 114 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 C din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 16 alin. \(2\) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate](#), precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate](#), precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. C. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera C. , Punctul 1.1. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 115 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 D din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 16 alin. \(2\) din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr.](#)~~

~~44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. D. nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera D. , Punctul 1.1. , Anexa 3-i a fost modificată de Punctul 116 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.1.: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în centrele de evaluare realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în

centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 E din anexa 3-h la ordin.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 16 alin. \(2\) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.1.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PRECUM ȘI PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... ANUL

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

Sumă aferentă Denumire cazurilor afecțiune cu (diagnostic) suspiciune ) de oncologică oncologică	Cod TOTAL diagnostic Suma realizată***) afecțiune	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi**) Nr. cazuri afecțiune oncologică	Tarif pe caz Nr. cazuri suspiciune de afecțiune oncologică	Sumă aferentă cazurilor cu rezolvat medical afecțiune	
					c1 c7=c4xc5

TOTAL SPITAL	x			x		

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.1.A.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. A se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

Sumă			Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi realizate**)	Tarif pe	Sumă
aferentă					
Denumire caz					
caz aferentă	cazurilor				
rezolvat cu	Cod			rezolvat cu	
cazurilor	cu	TOTAL			
procedură	procedură		Nr. cazuri	procedură	cu
suspiciune	Suma				
chirurgicală*)		Nr.			
cazuri	suspiciune	chirurgicală	afecțiune	de	realizată***)
			afecțiune	de	
oncologică	afecțiune		oncologică	afecțiune	
oncologică			oncologică		



c1	c2	c3	c4	c5	
c6=c3xc5	c7=c4xc5	c8=c6+c7			
TOTAL SPITAL	x			x	

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.1 B.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. B se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

Nr. servicii în				
regim de spitalizare			Sumă	
de zi realizate**)		Sumă	afărentă	
		afărentă	serviciilor	

Denumire	Nr.	Nr.	Tarif pe	serviciilor	pentru
TOTAL	servicii	servicii	serviciu	pentru	persoanele
Suma	servicii	pentru	serviciu	persoanele	asigurate
medical*)	pentru	persoane	medical	asigurate	cu
realizată***)	persoane	asigurate		cu	suspiciune
	asigurate	cu		afecțiune	de
	cu	suspiciune		oncologică	afecțiune
	afecțiune	de			oncologică
	oncologic	afecțiune			
		oncologic			
c1	c2	c3	c4	c5=c2xc4	c6=c3xc4
c7=c5+c6					
TOTAL			x		
SPITAL					

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.1 C.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:



TOTAL		x			
SPITAL					

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.1 D.1 din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. D se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

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

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul IV pct. 1 și 2 din anexa 22 la Ordinul

MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 F din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. E. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.1.1: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-i a fost completată de Punctul 117 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.2. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

Denumire afecțiune (diagnostic *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4

TOTAL SPITAL	x		x	
--------------	---	--	---	--

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 A din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. A nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera A. , Punctul 1.2. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 118 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală*)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată****)
---	---------------	--	---	---------------------

		contractate**)		
C1	C2	C3	C4	C5= C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.2 B din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\), punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. B nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera B. , Punctul 1.2. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 119 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

--	--	--	--	--

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 C din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. C nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera C. , Punctul 1.2. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 120 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată](#)



[prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024\)](#)

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

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 D din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 1 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul D din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.](#)~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate](#), precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. D nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera D. , Punctul 1.2. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 121 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.2.: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în [anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 E din anexa 3-h la ordin.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.2.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PRECUM ȘI PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU LUNA ..... ANUL .....

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

		Nr. cazuri în regim		
		de spitalizare de zi		
		raportate și validate		
		în limita fondurilor		
Sumă		aprobate în bugetul		
aferentă		FNUASS pentru Planul		Sumă
Denumire		național pentru	Tarif pe	aferentă
cazurilor	TOTAL		caz	cazurilor
afecțiune	Cod	prevenirea și		
cu	Suma	combaterea	rezolvat	cu
(diagnostic)	diagnostic	cancerului**)	medical	afecțiune
suspiciune	realizată***)			
*)				
de				
oncologică	afecțiune			

oncologică			Nr. cazuri		
			Nr. cazuri suspiciune		
			afecțiune de		
			oncologică afecțiune		
			oncologică		
c1 c7=c4xc5	c2 c8=c6+c7	c3	c4	c5	c6=c3xc5
TOTAL SPITAL	x			x	

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.2 A.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. A se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

			Nr. cazuri în regim		
			de spitalizare de zi		
			realizate și validate		
			în limita fondurilor		
Sumă			aprobate în bugetul		
aferentă			FNUASS pentru Planul		Sumă
Denumire caz			național pentru	Tarif pe	
caz	aferentă	cazurilor	TOTAL		
rezolvat cu		Cod	prevenirea și	rezolvat cu	
cazurilor	cu	Suma	combaterea	procedură	cu
procedură		procedură			
suspiciune	realizată***)		cancerului**)		
chirurgicală*)					
chirurgicală	afecțiune	de			
oncologică	afecțiune				
oncologică			Nr. cazuri		
			Nr. cazuri	suspiciune	
			afecțiune	de	
			oncologică	afecțiune	
			oncologică		
c1	c2	c3	c4	c5	
c6=c3xc5	c7=c4xc5	c8=c6+c7			
TOTAL SPITAL	x			x	

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.2 B.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. B se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

	Nr. servicii în regim			
	de spitalizare de zi			
	raportate și validate			
	în limita fondurilor			
	aprobate în bugetul			
	FNUASS pentru Planul		Sumă	
	național pentru	Sumă	afherentă	
	prevenirea și	afherentă	serviciilor	
	combaterea	serviciilor	pentru	
Denumire	cancerului**)	Tarif pe	pentru	persoanele
TOTAL		serviciu	persoanele	asigurate
Suma				
medical*)	Nr.	medical	asigurate	cu
realizată***)				
	Nr.	servicii	cu	suspiciune
	servicii	pentru	afecțiune	de

	pentru	persoane		oncologică	afecțiune	
	persoane	asigurate			oncologică	
	asigurate	cu				
	cu	suspiciune				
	afecțiune	de				
	oncologică	afecțiune				
		oncologică				
c1	c2	c3	c4	c5=c2xc4	c6=c3xc4	c7=c5+c6
TOTAL			x			
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.2.C.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. C se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate

pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

	Nr. servicii în regim				
	de spitalizare de zi				
	raportate și validate				
	în limita fondurilor				
	aprobate în bugetul				
	FNUASS pentru Planul			Sumă	
	național pentru		Sumă	afherentă	
	prevenirea și		afherentă	serviciilor	
	combaterea		serviciilor	pentru	
Denumire	cancerului**)	Tarif pe	pentru	persoanele	
TOTAL					
serviciu		serviciu	persoanele	asigurate	
Suma					
medical*)	Nr.	medical	asigurate	cu	
realizată***)	Nr.	servicii	cu	suspiciune	
	servicii	pentru	afecțiune	de	
	pentru	persoane	oncologică	afecțiune	
	persoane	asigurate		oncologică	
	asigurate	cu			
	cu	suspiciune			
	afecțiune	de			
	oncologică	afecțiune			
		oncologică			
c1	c2	c3	c4	c5=c2xc4	c6=c3xc4
c7=c5+c6					



TOTAL			x			
SPITAL						

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.2 D.1 din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C8 tabelul A + col. C8 tabelul B + col. C7 tabelul C + col. C7 tabelul D din raportul 1.2.1 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C8 tabelul A + col. C8 tabelul B + col. C7 tabelul C + col. C7 tabelul D din raportul 1.1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. D se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

	Nr. servicii în		
--	-----------------	--	--

Denumire serviciu medical*)	regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumelor alocate de la bugetul de stat, prin bugetul MS prin transferuri către bugetul FNUASS **)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2.F din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C4 tabelul E din raportul 1.2.1 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C4 tabelul E din raportul 1.1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

NOTĂ:

În tabelul de la lit. E. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări

sociale de sănătate.

Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.2.1: Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-i a fost completată de Punctul 122 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

1.3. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

Denumire afecțiune (diagnostic *)	Cod diagnostic	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticilor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 A din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9, lit. h), punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și

raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

~~NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. A nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera A. , Punctul 1.3. , Anexa 3-i a fost modificată de Punctul 123 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

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

Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală *)	Cod procedură	Nr. cazuri în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
TOTAL SPITAL	X		X	

\*) Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în

spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C4 raportul 1.3 B din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

~~NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.](#)~~

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.](#)

În tabelul de la lit. B nu se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiuni oncologice și cazurile cu suspiciune de afecțiuni oncologice pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera B. , Punctul 1.3. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 124 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

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

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3

TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 C din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

~~NOTĂ:~~

~~Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ:

Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. C nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera C. , Punctul 1.3. , Anexa 3-i a fost modificată de [Punctul 125 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL](#)

[OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024\)](#)

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

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la [capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 D din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor [art. 9 lit. h\) punctul 2 din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

~~NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.~~

NOTĂ: Tabelul se completează distinct pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, peste valoarea de contract, conform [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare.

În tabelul de la lit. D nu se raportează serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(la 30-07-2024 Nota de la Litera D. , Punctul 1.3. , Anexa 3-i a fost modificată de Punctul 126 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ pentru raportul 1.3.: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical *)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4= C2xC3
TOTAL SPITAL		X	

\*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute în anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 E din anexa 3-h la ordin.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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:

Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

1.3.1. RAPORT PENTRU DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, PRECUM ȘI PERSOANELOR NEASIGURATE CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ, FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ..... ANUL .....

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

			Nr. cazuri în regim		
			de spitalizare de zi		
			raportate și validate		
			în limita fondurilor		
			aprobate în bugetul		
Sumă			FNUASS pentru Planul		Sumă
aferentă			național pentru	Tarif pe	aferentă
Denumire	TOTAL		prevenirea și	caz	cazurilor
cazurilor	Cod		combaterea	rezolvat	cu
afecțiune	Suma		cancerului**)	medical	afecțiune
cu	diagnostic				
(diagnostic)	realizată***)				
suspiciune					
*)					
de					
oncologică	afecțiune				
oncologică			Nr. cazuri		
			Nr. cazuri	suspiciune	
			afecțiune	de	
			oncologică	afecțiune	
				oncologică	

c1 c7=c4xc5	c2 c8=c6+c7	c3	c4	c5	c6=c3xc5
TOTAL SPITAL	x			x	

\*) Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.1 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C 6 din raportul 1.3.A.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ:

În tabelul de la lit. A se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

			Nr. cazuri în regim		



spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se completează cu numărul de cazuri în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C5 și C6 din raportul 1.3 B.1 din anexa 3-h.

\*\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ:

În tabelul de la lit. B se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

	Nr. servicii în regim			
	de spitalizare de zi			
	raportate și validate			
	în limita fondurilor			
	aprobate în bugetul			
	FNUASS pentru Planul		Sumă	
	național pentru	Sumă	afherentă	
	prevenirea și	afherentă	serviciilor	
	combaterea	serviciilor	pentru	
Denumire	cancerului**)	Tarif pe	pentru	persoanele
TOTAL				
serviciu		serviciu	persoanele	asigurate
Suma				
medical*)	Nr.	medical	asigurate	cu
realizată****)				
	Nr.	servicii	cu	suspiciune
	servicii	pentru	afecțiune	de

	pentru	persoane		oncologică	afecțiune
	persoane	asigurate			oncologică
	asigurate	cu			
	cu	suspiciune			
	afecțiune	de			
	oncologică	afecțiune			
		oncologică			
c1	c2	c3	c4	c5=c2xc4	c6=c3xc4
c7=c5+c6					
TOTAL			x		
SPITAL					

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.3 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.3.C.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ:

În tabelul de la lit. C se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

	Nr. servicii în regim			
	de spitalizare de zi			
	raportate și validate			
	în limita fondurilor			
	aprobate în bugetul			
	FNUASS pentru Planul		Sumă	
	național pentru		Sumă	aferentă
	prevenirea și		aferentă	serviciilor
	combaterea		serviciilor	pentru
Denumire	cancerului**)	Tarif pe	pentru	persoanele
TOTAL		serviciu	persoanele	asigurate
Suma		medical	asigurate	cu
serviciu	Nr.	medical	asigurate	cu
Suma	Nr.	servicii	cu	suspiciune
medical*)	servicii	pentru	afecțiune	de
realizată***)	pentru	persoane	oncologică	afecțiune
	persoane	asigurate		oncologică
	asigurate	cu		
	cu	suspiciune		
	afecțiune	de		
	oncologică	afecțiune		
		oncologică		

c1 c7=c5+c6	c2	c3	c4	c5=c2xc4	c6=c3xc4
TOTAL			x		
SPITAL					

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloanele C4 și C5 din raportul 1.3.D.1 din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ:

În tabelul de la lit. D se raportează cazurile - persoane asigurate - diagnosticate cu afecțiune oncologică și cazurile cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Se vor raporta doar serviciile acordate pentru afecțiunea oncologică sau pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

E. SERVICIILE SPITALICEȘTI - ACORDATE PERSOANELOR NEASIGURATE CU

SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ - FURNIZATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în regim de spitalizare de zi raportate și validate în limita sumelor alocate de la bugetul de stat, prin bugetul MS prin transferuri către bugetul FNUASS**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2xC3
TOTAL SPITAL		x	

\*) Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi, prevăzute la capitolul I litera B.4.1 și B.4.2 din anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Se completează cu numărul de servicii în regim de spitalizare de zi validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 din raportul 1.3.F din anexa 3-h.

\*\*\*) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9<sup>1</sup> din anexa nr. 23 la Ordinul MS/CNAS nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

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

NOTĂ:

În tabelul de la lit. E. se raportează serviciile acordate persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care decontarea se face din sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.



Se vor raporta doar serviciile acordate pentru confirmare în cazul suspiciunii de afecțiune oncologică.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
NOTĂ pentru raportul 1.3.1.: Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(la 30-07-2024 Anexa 3-i a fost completată de Punctul 127 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

~~ANEXA 3-j~~

~~CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....~~  
~~RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE ÎN~~  
~~REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ALE UNITĂȚII SANITARE CU PATURI .....~~  
~~PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ..... /LUNA ...../TRIMESTRUL~~  
~~..... ANUL .....~~


~~\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1-C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate~~

~~CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE~~  
~~Director general,~~

.....  
~~NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.~~

ANEXA 3-j

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

RAPORT CU DETALIEREA CAZURILOR/SERVICIILOR INVALIDATE,  
INCLUSIV CAZURILE/SERVICIILE PENTRU PERSOANELE CU  
AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ ȘI CU SUSPICIUNE DE AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ,  
ACORDATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI ALE UNITĂȚII  
SANITARE CU PATURI ..... PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA ...../  
LUNA ...../TRIMESTRUL ..... ANUL .....

---

Date de identificare al cazului/serviciului					Motivul	
invalidat*)					invalidării	
Cod de identificare eroare a cazului identificare externat CAS)	Codul specific de spitalizare a vizitei	Numărul fișei de serviciu de zi	Tip fișă (caz/ eroare caz**)	AO/SO, după (INMSS /	Mesaj de	Tip /
C1	C2	C3	C4		C5	C6

\*) Dacă un caz externat este invalidat din mai multe motive, datele lui de identificare vor apărea în listă pe un număr de rânduri egal cu numărul motivelor de invalidare; datele din coloanele C1 - C4 vor fi identice pentru cazurile sus menționate

\*\*\*) Se va completa - acolo unde este cazul - cu AO cazul cu afecțiune oncologică și cu SO cazul cu suspiciune de afecțiune oncologică.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
 Director general,  
 .....

NOTĂ: Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI corespunzător perioadei.

(la 30-07-2024 Anexa 3-j a fost modificată de Punctul 128 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

--	--

~~— DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU  
— AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE  
PRIVATE~~

~~— LUNA ...../TRIM. .... ANUL .....~~


~~— \*) numărul de km efectiv parcursi în mediul urban/mediul rural  
cuprinde și kilometrii parcursi aferenți consultațiilor de urgență  
la domiciliu~~

~~— \*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct.  
2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr.  
1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare~~

~~— \*\*\*) Casele de asigurari de sanatate decontează suma realizată în  
condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr.  
1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare~~

~~— Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
— Reprezentantul legal al furnizorului~~

~~.....  
(nume și prenume)~~

~~— NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 4-a se întocmește lunar și se  
transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/  
ealificată) 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.~~

ANEXA 4-a

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

1. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT CU AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Contractați;
- B - Efectiv parcurși;
- C - Efectiv realizați;
- D - Contractată.

Tip Suma autovehicul decontată***)	Total km efectiv parcurși în mediul urban*)		Total km efectiv parcurși în mediul rural*)		Tarif pe km parcurs**)	Total sumă
	A	B	A	C		
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C6x
C8=C6x(C3+C5)	C9=C7 sau C8					(C2+C4)
TOTAL					x	

\*) numărul de km efectiv parcurși în mediul urban/mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

\*\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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 și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

2. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT ACORDATE PERSOANELOR CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CU AUTOVEHICULE, EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

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

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Contractați;
- B - Efectiv parcurși;
- C - Efectiv realizați;
- D - Contractată.

Tip Suma autovehicul decontată***)	Total km efectiv parcurși		Total km efectiv parcurși		Tarif pe km	Total sumă
	urban*)	rural*)	urban*)	rural*)		
	A	B	A	C		D
						Realizată***)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C6x
C8=C6x(C3+C5)	C9=C7 sau C8					(C2+C4)

TOTAL				x				

\*) numărul de km efectiv parcurși în mediul urban/mediul rural cuprinde și kilometrii parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu

\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 2 și art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

\*\*\*) Casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (1<sup>1</sup>) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 2 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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, și cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

(la 30-07-2024 Anexa 4-a a fost modificată de Punctul 129 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

— ANEXA 4-b

--	--

~~— DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT  
 — PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE  
 — LUNA ...../TRIM. .... ANUL .....~~

--	--	--	--	--	--


~~\*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu~~  
~~\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pet. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare~~  
~~\*\*) casele de asigurari de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare~~  
 Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 (nume și prenume)

~~NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 4-b se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.~~

ANEXA 4-b

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

1. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE  
 LUNA ..../TRIM. .... ANUL ....

	Total mile*)	Tarif	Total sumă
		pe	

Tip	Suma				milă
ambarcațiune decontată***)	Contractate	parcurse**)	Contractată	Realizată***)	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C4	C6 = C3 x C4
C7 = (C5 sau C6)					
	x			x	
	x			x	
	x			x	
	x			x	
TOTAL			x		

\*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

\*\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

\*\*\*\*) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 1 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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, și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică.

2. DESFĂȘURĂTOR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT ACORDATE PERSOANELOR CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PE APĂ EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

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

Tip	Total mile*)	Tarif pe	Total sumă		
	Suma	milă			
ambarcațiune marină**)	Contractate Contractată	Efectiv Realizată***) parcuse	decontată***)		
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x	C6 = C3 x
C4	C7 = (C5 sau			C4	
C6)					
	x			x	
	x			x	
	x			x	
	x			x	
TOTAL			x		

\*) numărul de mile cuprinde și milele marine aferente consultațiilor de urgență la domiciliu

\*\*\*) se stabilește în conformitate cu prevederile art. 2 pct. 3 și art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

\*\*\*\*) casele de asigurări de sănătate decontează suma realizată în condițiile art. 5 alin. (1^1) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
 (nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătorul de la pct. 2 se întocmește lunar și se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.

(la 30-07-2024 Anexa 4-b a fost modificată de Punctul 130 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 4-c

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

1.1. DESFĂȘURĂTOR AL CONSULTAȚIILOR DE URGENTA LA DOMICILIU  
 EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚI MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE  
 Luna/Trim. .... ANUL .....

		Tip serviciu		
		-		
		consultație		
		de urgență		
Total sumă	Autoturism	la domiciliu	Nr. solicitări	
	transport/	conform lit.		
	mijloc de	A pct. 1 și		



Subtotal 2 - solicitări			
pentru consultațiile de			
urgență la domiciliu acordate			
de medicii din unitățile			
medicale specializate private			
TOTAL (subtot. 1+ subtot. 2)			

\*) se stabilește în conformitate cu prevederile [art. 2 pct. 1 și art. 8 alin. \(1\) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

\*\*) casele de asigurari de sanatate decontează suma realizată în condițiile [art. 5 alin. \(2\) din anexa nr. 28 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

1.2. EVIDENȚA DUPĂ COD NUMERIC PERSONAL/COD UNIC DE ASIGURARE /NUMĂR DE IDENTIFICARE PERSONAL A SERVICIILOR - CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU EFECTUATE DE CĂTRE UNITĂȚILE MEDICALE SPECIALIZATE PRIVATE

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

Nr. crt.	Tip serviciu - consultație de urgenta la domiciliu conform lit. A. pct. 1 și lit. B pct. 1 din anexa 27 la Ordinul MS/ CNAS nr. 1857/441/ 2023, cu modificările și completările ulterioare	CNP/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal *)	
		beneficiare a pachetului de servicii medicale de baza	beneficiare a pachetului minimal de servicii medicale



/ Cod unic serviciului		Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, pe zi																		
Nr. de Total crt.	de identificare	de Total număr îngrijiri																		
Număr de servicii realizate		zile de medicale la îngrijire**)																		
identificare domiciliu*)		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	personal						
C0	C1	C2										C4					C5			
C3																				
1																				
		X																		
		(.....)																		
SUBTOTAL CNP/Cod unic de																				
identificare/ Număr de																				

identificare personal 1

2

X

(.....)

SUBTOTAL CNP/Cod unic de

identificare/ Număr de

identificare personal 2

TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de  
identificare

personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de  
identificare

personal 2 + ...)





\_\_\_\_\_

| CNP asigurat | Denumirea |  
| / Cod unic | serviciului | Număr servicii de îngrijiri medicale  
la domiciliu, pe zi

Nr | de | de |  
Total | Total număr |  
crt. | identificare | îngrijiri

\_\_\_\_\_

| Număr de | servicii | zile de |  
realizate | medicale la |  
(îngrijire\*\*)

identificare | domiciliu\*) | 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 |  
personal

\_\_\_\_\_

C0 | C1 | C2 | C4 | C5  
C3

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1 |  
x

\_\_\_\_\_

(.....)

\_\_\_\_\_



\*) conform anexei nr. 30A la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

\*\*) conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31A la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5-a<sup>1</sup> se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(la 30-07-2024 Actul a fost completat de Punctul 132 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

ANEXA 5-b

Casa de asigurări de sănătate .....	Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ..... Localitatea ..... Județul .....
--	--

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII

DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ÎN MEDIUL URBAN/ÎN MEDIUL RURAL

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

CNP/ Număr de Cod unic Nr. zile în de de	Tarif /zi de	Data emiterii	Data începerii	Data
recomandării îngrijire Nr. identificare episodului	episodului Sumă specialitate Status de	sfârșitului Cod acordat	care s-au de decontată	

crt. / Număr de performanță		Număr de îngrijiri		care a făcut		parafa		servicii de		îngrijirii		de	
identificare		recomandarea		medic		îngrijiri		medicale		CAS****)			
îngrijirii ECOG 3/4*)		medicale la domiciliu**)		urban/în		rural)		(lei)		domiciliu		domiciliu	
personal													
medicale la domiciliu		asigurat											
				(lei)***)									
C1		C2		C3		C4		C5		C6		C7	
C8		C9		C10		C11=							
						C9xC10							
1													
Subtotal CNP/Cod unic de identificare personal 1								X					
2													
Subtotal CNP/Cod unic de identificare personal 2								X					
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/Cod unic de identificare personal 2 + ...)								X					

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

\*) Se va completa "3" pentru status de performanță ECOG 3, respectiv "4" pentru status de performanță ECOG 4

\*\*) Subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C9 din Anexa 5-b = subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-a  
Subtotal CNP / Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2, col. C9 din Anexa 5-b = subtotal CNP/ Cod unic de identificare /Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-

a

TOTAL GENERAL, col. C9 din Anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a

\*\*\*)) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din Anexa nr. 3 IA la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale este de 114 lei (pentru mediul urban);

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 124 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 134 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate);

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 144 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 153 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este de 163 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în [anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

[Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire

\*\*\*\*) Conform [art. 4 alin. \(1\) din Anexa nr. 3 IA la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ:~~

~~Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.~~

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică. (la 30-07-2024 Nota din Anexa 5-b a fost modificată de Punctul 133 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 5-b^1

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

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR DIAGNOSTICAȚI CU  
AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA  
RECOMANDĂRII DE  
SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ÎN MEDIUL URBAN/ÎN  
MEDIUL RURAL  
LUNA .... ANUL ....

CNP / Număr	Data	Data
-------------	------	------

de Cod unic		Tarif /zi		emiterii		începerii		Data	
Nr. zile în		de							
de		Medicul de							
recomandării		episodului		sfârșitului				care s-au	
îngrijire		Sumă							
Nr identificare		specialitate		Cod		pentru		de	
episodului		Status de		acordat		(în		decontată	
crt./ Număr de		care a făcut		parafa		servicii de		îngrijirii	
performanță		îngrijirile		mediul		de		de	
îngrijirii		recomandarea		medic		îngrijiri		medicale	
personal		medicale la		urban/în		CAS****)			
medicale la		domiciliu**)		mediul		(lei)		la	
asigurat				domiciliu		domiciliu			
domiciliu				rural)					
				(lei)***)					
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7			
C8	C9	C10	C11=						
			C9xC10						
1									
Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal       x									
1									
2									
Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal       x									
2									
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/Cod unic de identificare / Număr de									

identificare personal al 1 + Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/			x		
Număr de identificare personal 2 + .....					

---

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

\*) Se va completa "3" pentru status de performanță ECOG 3,  
respectiv "4" pentru status de performanță ECOG 4

\*\*) Subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de  
identificare personal 1, col. C9 din Anexa 5-b^1 = subtotal CNP /Cod  
unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din  
Anexa 5-a^1

Subtotal CNP / Cod unic de identificare/ Număr de  
identificare personal 2, col. C9 din Anexa 5-b^1 = subtotal CNP/ Cod  
unic de identificare /Număr de identificare personal 2, col. C5 din  
Anexa 5-a^1

TOTAL GENERAL, col. C9 din Anexa 5-b^1 = TOTAL GENERAL, col.  
C5 din Anexa 5-a^1

\*\*\*) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt  
stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2)  
din anexa nr. 31A la Ordinul ministrului sănătății și al  
președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.  
1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale este de 114 lei (pentru  
mediul urban);

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este  
de 124 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul  
lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în  
procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul  
încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este  
de 134 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul  
lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în  
procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul  
încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este  
de 144 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul  
lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în  
procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul  
încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este  
de 153 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul  
lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în  
procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul  
încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri medicale pentru mediul rural este  
de 163 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul  
lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în  
procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul  
încheiat cu casa de asigurări de sănătate.





CNP asigurat / Cod unic de identificare personal										Denumirea serviciului la domiciliu, pe zi										Număr servicii de îngrijiri paliative realizate în îngrijire personală la domiciliu*)										Total		
Nr. de crt. de identificare										de serviciu										de zile de îngrijiri										Total		
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																C4		C5										
1																																
																X																
																(.....)																
SUBTOTAL CNP/ Cod unic de										identificare/ Număr de										identificare personal 1												



cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică. (la 30-07-2024 Nota de sub desfășurător din Anexa 5-c a fost modificată de Punctul 135 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 5-c^1

Casa de asigurări de sănătate .....	Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu .....
	Localitatea .....
	Județul .....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU  
PENTRU ASIGURAȚII DIAGNOSTICAȚI CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ  
LUNA ..... ANUL .....

CNP asigurat		/ Cod unic		Denumirea		Număr servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi	
Nr. de Total		serviciului		Total număr		de	
Crt. identificare		de		servicii		zile de	
îngrijiri		Număr de		paliative la		realizate (îngrijire**)	
identificare		domiciliu*)		identificare		domiciliu*)	
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			
personal							

C0	C1	C2	C4	C5
C3				
1				
			x	
		(.....)		
SUBTOTAL CNP / Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 1				
2				

				x					
				(.....)					
SUBTOTAL CNP / Cod unic de									
identificare / Număr de									
identificare personal 2									
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/ Cod unic de				identificare / Număr de					
identificare									
personal 1 + Subtotal CNP/Cod unic de				identificare / Număr de					
identificare									
personal 2 + .....									

\*) conform anexei nr. 30 B la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

\*\*) conform art. 4 alin. (1) din anexa nr. 31B la Ordinul nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5 - c^1 se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(la 30-07-2024 Actul a fost completat de Punctul 136 din ANEXA din



1							
Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal							
1			X				
2							
Subtotal CNP / Cod unic de identificare / Număr de identificare personal							
2			X				
TOTAL GENERAL( Subtotal CNP/Cod unic de identificare / Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2 + .....)							

\* ) Subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C8 din Anexa 5 d = subtotal CNP /Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-c  
Subtotal CNP / Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5 d = subtotal CNP/ Cod unic de identificare /Număr de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-c

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5 d \*1) = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5 c

\*\* ) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile [art. 2 alin. \(2\) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare - Tariful pe o zi de îngrijiri paliative este de 204 lei (pentru mediul urban);

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 214 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în



procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 224 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate);

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 233 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 243 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 253 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în [anexa nr. 30 B la la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

\*\*\*) Conform [art. 4 alin.\(1\) din Anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

~~NOTĂ:~~

~~Desfășurătorul din anexa 5 d se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;~~

NOTĂ: Desfășurătorul din anexa 5-d se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de

furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică. (la 30-07-2024 Nota de sub desfășurător din Anexa 5-d a fost modificată de Punctul 137 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

ANEXA 5-d^1

DESFĂȘURĂTORUL ASIGURAȚILOR DIAGNOSTICAȚI CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII

DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU CONFORM PLANULUI DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ ÎN MEDIUL URBAN/ÎN MEDIUL RURAL

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

Nr. zile în care s-au sfârșitul de recomandării	CNP / Număr de Cod unic acordat	Număr Tarif **)	Medicul de /zi de	Data emiterii	Data începerii	Data
recomandării	episodului	episodului	îngrijirile	îngrijire	Sumă	
Nr. crt. / Număr de îngrijiri paliative conform domiciliu	identificare (în decontată / Număr de la domiciliu personal asigurat	familie/ decontată specialitate care a făcut recomandarea (lei)	Cod parafa de medic (CAS***)	pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu	de îngrijiri paliative la domiciliu	de îngrijiri paliative la domiciliu
îngrijire paliativă*)	(lei)	(lei)	(rural)			
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
C8	C9	C10=C8xC9				
1						

1									
2									
2									
TOTAL GENERAL( Subtotal CNP/Cod unic de identificare / Număr de identificare personal al 1 + Subtotal CNP/ Cod unic de identificare/ Număr de identificare personal 2 + ..... )									

\*) Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C8 din anexa 5- d<sup>1</sup> = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din anexa 5-c<sup>1</sup>

Subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C8 din anexa 5- d<sup>1</sup> = subtotal CNP/Cod unic de identificare/Număr de identificare personal 2, col. C5 din anexa 5-c<sup>1</sup>

TOTAL GENERAL, col. C8 din anexa 5 -d<sup>1</sup>\*1) = TOTAL GENERAL, col. C5 din anexa 5- c<sup>1</sup>

\*\*) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (2) din anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative este de 204 lei (pentru mediul urban);

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 214 de lei - peste 10 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 224 de lei - peste 20 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în

procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 233 de lei - peste 30 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 243 de lei - peste 40 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Tariful pe o zi de îngrijiri paliative pentru mediul rural este de 253 de lei - peste 50 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

\*\*\*) Conform art. 4 alin. (5) din anexa nr. 31B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ:

Desfășurătorul din anexa 5- d<sup>1</sup> se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(la 30-07-2024 Actul a fost completat de Punctul 138 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 5-e

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de

recomandări

pentru îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de servicii medicale

de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților

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

Nr. crt.	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	...	...		...
	...	...		...
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate clinică din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	...	...		...
	...	...		...
Secțiunea 3				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat

		identificare*)		îngrijirile medicale la domiciliu
	...	...		...
	...	...		...

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Borderoul din anexa 5- e se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică. (la 30-07-2024 Anexa 5-e a fost completată de [Punctul 139 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

ANEXA 5-e^1

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări  
pentru îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de servicii medicale  
de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de  
specialitate din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale  
la externarea asiguraților diagnosticați cu afecțiune oncologică  
LUNA .... ANUL ....

Nr . crt.	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)		Cod parafă medic de specialitate clinică din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
Secțiunea 3				
	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu
	.....	.....		.....

.....	.....	.....
-------	-------	-------

\*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\*) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....  
 (nume și prenume)

NOTĂ:

Borderoul din anexa 5- e<sup>1</sup> se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(la 30-07-2024 Actul a fost completat de Punctul 140 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 5-f

Casa de asigurări de sănătate .....

Furnizorul de servicii medicale .....

Localitatea .....

Județul .....

Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de recomandări pentru îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de servicii medicale de bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de specialitate din ambulatoriu/medicilor cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu/medicilor de specialitate din spitale la externarea asiguraților  
 LUNA ..... ANUL .....

Nr.	Recomandare	CNP/Număr de identificare	Diagnosticul medical și	Cod parafă medic care a
-----	-------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------



crt. (nr.)	personal/ Cod unic de identificare*)	diagnostic boli asociate**)	recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3	C4
Secțiunea 1			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
...	...		...
Secțiunea 2			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
...	...		...
...	...		...
Secțiunea 3			
Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic cu competență/ atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
...	...		...
...	...		...

Secțiunea 4				
	Recomandare (nr.)	CNP/Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare*)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	...	...		...
	...	...		...

\*) Se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Borderoul din anexa 5- f se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nu cuprinde persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică. (la 30-07-2024 Anexa 5-f a fost completată de [Punctul 141 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

ANEXA 5-f^1

Casa de asigurări de sănătate .....  
Furnizorul de servicii medicale .....  
Localitatea .....  
Județul .....  
Borderou centralizator cuprinzând evidența numărului de  
recomandări

pentru îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de servicii  
 medicale de  
 bază, efectuate la recomandarea medicilor de familie/medicilor de  
 specialitate din ambulatoriu/medicilor cu competență/atestat de  
 studii complementare în îngrijiri paliative din  
 ambulatoriu/medicilor  
 de specialitate din spitale la externarea asiguraților  
 diagnosticați  
 cu afecțiune oncologică  
 LUNA .... ANUL .....

Nr crt.	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare*)	Diagnosticul medical și diagnostic bolii asociate**)	Cod parafă medic care a recomandat serviciile medicale
C1	C2	C3		C4
Secțiunea 1				
	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)		Cod parafă medic de familie care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		
Secțiunea 2				
	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)		Cod parafă medic de specialitate din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
Secțiunea 3				
		CNP/ Număr de		Cod parafă medic cu competență/ atestat de studii

	Recomandare (nr.)	identificare personal / Cod unic de identificare *)		complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....
Secțiunea 4				
	Recomandare (nr.)	CNP/ Număr de identificare personal / Cod unic de identificare *)		Cod parafă medic de specialitate din spitale care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu
	.....	.....		.....
	.....	.....		.....

\*) se completează după caz, codul numeric personal/codul unic de identificare al asiguratului, numărul de identificare personal/codul unic de identificare - pentru pacienții statelor membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*) Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.

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

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ:

Borderoul din anexa 5- f<sup>1</sup> se întocmește lunar și se transmite în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, până la

data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(la 30-07-2024 Actul a fost completat de Punctul 142 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

ANEXA 6-a

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

1.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE MEDICALĂ, MEDICINĂ FIZICĂ SI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE SI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE SI PREVENTORII  
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... /LUNA ..... / TRIM. ....  
ANUL .....

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Tarif pe zi decontat de CAS**)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C3xC5
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			100%*C4 - 52 lei	
				100%*C4	
	TOTAL		X	X	

\*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

~~\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (4) și (5) și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.~~

\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (4) și (5) și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați,

conform art. 1 alin. (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. (la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.1. din Anexa 6-a a fost modificat de Punctul 143 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.1.a. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE DE RECUPERARE MEDICALĂ, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .... /LUNA .... /TRIM. .... ANUL .....

Nr. crt.	Tipul de asistență balneară	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Tarif pe zi decontat de CAS**)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C3xC5
1.	Servicii de medicină fizică și de reabilitare			100%*C4 - 52 lei	
				100%*C4	
	TOTAL		X	X	

\*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2<sup>1</sup> din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare; Col. C6 nu cuprinde suma suportată de asigurați, conform art. 1 alin. (4) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 Anexa 6-a a fost completată de Punctul 144 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/ CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA .... /LUNA ..... / TRIM. .... ANUL .....

C.N.P./ Cod		
-------------	--	--

Nr. crt.	unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	Total sumă decontată de CAS*)
C1	C2	C3	C4
TOTAL			x

~~\*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (4) și (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.~~

\*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (4) și (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare și nu cuprinde persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru care au fost acordate serviciile pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*) de sub tabelul de la Punctul 1.2. din Anexa 6-a a fost modificat de Punctul 145 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2.a. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, ALE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI, BENEFICIARE DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ACORDATE ÎN SANATORII BALNEARE ȘI SECȚII SANATORIALE BALNEARE DIN SPITALE PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .... /LUNA .... /TRIM .... ANUL ....

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate	Total sumă decontată de CAS*)
C1	C2	C3	C4
TOTAL			X

\*) Se stabilește conform prevederilor art. 1 alin. (4) și (5) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 Anexa 6-a a fost completată de [Punctul 146 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....  
(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-a se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.

[ANEXA 6-b](#)

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

1.1. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII  
PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ...../ LUNA ...../ TRIM. ....  
ANUL .....

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5 = C3xC4
	TOTAL		X	

\*) Conform prevederilor [art. 1 alin. \(3\)](#) și [alin. \(6\) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare;

~~\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile [art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare.~~



\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2 și art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, și nu cuprinde serviciile acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

(la 30-07-2024 Textul marcat cu \*\*) de sub tabelul de la Punctul 1.1. din Anexa 6-b a fost modificat de Punctul 147 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.1.a. DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .... /LUNA .... /TRIM .... ANUL ....

Nr. crt.	Secția	Nr. zile spitalizare efectiv realizate	Tarif pe zi de spitalizare*)	Total sumă realizată**)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		x	

\*) Conform prevederilor art. 1 alin. (3) și alin. (6) din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;

\*\*) Decontarea serviciilor medicale de recuperare se realizează în conformitate cu prevederile art. 2<sup>1</sup> din anexa nr. 34 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 Anexa 6-b a fost completată de Punctul 148 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

~~1.2. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR / CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII~~

~~SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN  
PREVENTORII~~

~~PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ..... /LUNA ...../TRIM. ....  
ANUL .....~~


1.2. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .... /LUNA .... /TRIM .... ANUL ....

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

\*) Desfășurătorul de la pct. 1.2 nu cuprinde persoanele asigurate cu afecțiune oncologică care au beneficiat de servicii pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

(la 30-07-2024 Punctul 1.2. , Anexa 6-b a fost modificat de Punctul 149 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

1.2.a. DESFĂȘURĂTORUL CNP-URILOR/CODURILOR UNICE DE ASIGURARE/NUMERELOR DE IDENTIFICARE PERSONALE, ALE PERSOANELOR ASIGURATE DIAGNOSTICATE CU AFECȚIUNE ONCOLOGICĂ PENTRU RECUPERAREA SPECIFICĂ ACESTEI AFECȚIUNI, BENEFICIARE DE SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ ACORDATE ÎN SANATORII ȘI SECȚII SANATORIALE DIN SPITALE (ALTELE DECÂT CELE BALNEARE) ȘI ÎN PREVENTORII PENTRU PERIOADA 1 - 15 LUNA .... /LUNA .... /TRIM .... ANUL ....

Nr. crt.	C.N.P./Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Nr. zile spitalizare realizate

C1	C2	C3
	TOTAL	

\*) Desfășurătorul de la pct. 1.2.a cuprinde persoanele asigurate cu afecțiune oncologică care au beneficiat de servicii pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

(la 30-07-2024 Anexa 6-b a fost completată de Punctul 150 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului

.....

(nume și prenume)

NOTĂ: Desfășurătoarele din Anexa 6-b se întocmesc lunar și se transmit în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) 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.

ANEXA 7.1

Casa de asigurări de sănătate furnizorului	Reprezentant legal al
.....	.....
Furnizorul de servicii medicale	Medic de familie/
.....	.....
Localitate .....	(nume prenume)
Județ .....	CNP medic de familie
.....	

MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR ASIGURATE CU AFECȚIUNI CRONICE  
 PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL  
 MEDICULUI DE FAMILIE

ÎN LUNA ..... ANUL .....

1. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

--	--	--	--	--

				Cod afecțiune,	
	Cod numeric			conform	Data
Data	personal/ Cod		Codul	clasificării	intrării
ieșirii					
Nr. din	unic de		categoriei	internationale	în
Crt. evidența	identificare/	Vârsta*)	din care face	a maladiilor,	evidența
	Număr de		parte	CIM revizia a	
medicului	medicului				
de	identificare		asiguratul**)	10-a, varianta	de
familie	personal			999 coduri de	familie
				boală*1)	

I. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII  
CONTRACTULUI, AFLATE ÎN  
EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE

A. Afecțiuni cardiovasculare

1.					
2.					
...					

B. Afecțiuni cerebrovasculare

1.					
2.					
...					

C. Afecțiuni oncologice

1.

2.

...

D. Diabet zaharat

1.

2.

...

E. Dislipidemie

1.

2.

...

F. BPOC

1.

2.

...

G. Astm bronșic

1.

2.

...

H. Boală cronică de rinichi

1.

2.

...

I. Osteoporoză

1.

2.

...



1.					
2.					
...					

N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)

1.					
2.					
...					

O. Tulburări din spectrul autist

1.					
2.					
...					

P. Obezitatea

1.					
2.					



...					
-----	--	--	--	--	--

Q. Afecțiuni hepatice cronice

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

II. CAZURI NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI

A. Afecțiuni cardiovasculare

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

B. Afecțiuni cerebrovasculare

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

C. Afecțiuni oncologice

1.

2.

...

D. Diabet zaharat

1.

2.

...

E. Dislipidemie

1.

2.

...

F. BPOC

1.

2. | | | | | |

... | | | | | |

G. Astm bronșic

3. | | | | | |

4. | | | | | |

... | | | | | |

H. Boală cronică de rinichi

1. | | | | | |

2. | | | | | |

... | | | | | |

I. Osteoporoză

1. | | | | | |

2. | | | | | |

... | | | | | |

|  
| J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor  
asociate TSA |  
| sau dezvoltării sexuale)

1.					
2.					
...					

|  
| K. Tulburări ale dispoziției

1.					
2.					
...					

|  
| L. Probleme psihologice și comportamentale asociate  
dezvoltării sexuale |

1.					
2.					
...					

|  
| M. Demențe

1.					
----	--	--	--	--	--

2.

...

N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)

1.

2.

...

O. Tulburări din spectrul autist

1.

2.

...

P. Obezitatea

1.

2.

...

--	--	--	--	--	--

Q. Afecțiuni hepatice cronice

--	--	--	--	--	--

1.

--	--	--	--	--	--

2.

--	--	--	--	--	--

...

--	--	--	--	--	--

III. CAZURILE CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA INCHEIERII CONTRACTULUI,  
AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE  
(CAZ\*\*\*)

--	--	--	--	--	--

III.1 RISC

CARDIOVASCULAR

--	--	--	--	--	--

1. HTA

--	--	--	--	--	--

1.

--	--	--	--	--	--

2.

--	--	--	--	--	--

...

--	--	--	--	--	--

2. Diabet zaharat tip II

--	--	--	--	--	--

1.

--	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

3. Boală cronică de rinichi

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

4. Dislipidemie

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

III.2 | 1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVA (BPOC)

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

2. ASTM BRONȘIC

1.

2.

...

III.3 BOALA CRONICĂ DE RINICHI

1.

2.

...

IV. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI,  
PENTRU CARE SE  
FACE MANAGEMENT DE CAZ\*\*\*\*)

IV.1 RISC CARDIOVASCULAR

1. HTA

1.

2.

...



2. Diabet zaharat tip II

1.

2.

...

3. Boală cronică de rinichi

1.

2.

...

4. Dislipidemie

1.

2.

...

IV.2 1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVA (BPOC)

1.

2.					
...					
2. ASTM BRONȘIC					
1.					
2.					
...					
IV.3 BOALA CRONICĂ DE RINICHI					
1.					
2.					
...					

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

\*\*\*\*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la pct. III.

\*\*\*\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la pct. IV.

2. Recapitulația persoanelor asigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
<b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE</b>				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale si de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice si comportamentale asociate				

dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemie)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale si de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				

11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemie)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL2				
C. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 3				
D. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**)				
1. HTA				
2. DIABET				

ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 4				
TOTAL				

\*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la litera C.

\*\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera D.

ANEXA 7.2

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	
.....	Reprezentantul legal al furnizorului
Localitate .....	
Județ .....	Medic de familie/
.....	
	(nume prenume)

familie/		CNP medic de	
.....			

MIȘCAREA LUNARĂ A PERSOANELOR NEASIGURATE  
CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ

EVIDENȚĂ

DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE

ÎN LUNA ..... ANUL .....

1. Intrări în evidență/Ieșiri din evidență

				Cod afecțiune,	
Data	Cod numeric			conform	Data
ieșirii	personal/ Cod		Codul	clasificării	intrării
Nr. din	unic de		categoriei	internationale	în
Crt. evidența	identificare/	Vârsta*)	din care face	a maladiilor,	evidența
medicului	Număr de medicului		parte	CIM revizia a	
de familie	identificare		asiguratul**)	10-a, varianta	de
	personal			999 coduri de	familie
				boală*1)	

I. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII  
CONTRACTULUI, AFLATE  
ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE

A. Afecțiuni cardiovasculare

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
...					

|B. Afecțiuni cerebrovasculare

1.					
2.					
...					

|C. Afecțiuni oncologice

1.					
2.					
...					

|D. Diabet zaharat

1.					
2.					
...					



E. Dislipidemie

1.

2.

...

F. BPOC

1.

2.

...

G. Astm bronșic

2.

3.

...

H. Boală cronică de rinichi

1.

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

I. Osteoporoză

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

K. Tulburări ale dispoziției

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

	L. Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltării sexuale				

1.					

2.					

...					

	M. Demențe				

1.					

2.					

...					

	N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				

1.					

2.					

...					

	O. Tulburări din spectrul autist				

1.					

2.					
...					

P. Obezitatea

1.					
2.					
...					

Q. Afecțiuni hepatice cronice

1.					
2.					
...					

II. CAZURI NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI

A. Afecțiuni cardiovasculare

1.					
2.					

...					
-----	--	--	--	--	--

|B. Afecțiuni cerebrovasculare

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

|C. Afecțiuni oncologice

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

|D. Diabet zaharat

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

|E. Dislipidemie

1.					
2.					
...					

F. BPOC

1.					
2.					
...					

G. Astm bronșic

1.					
2.					
...					

H. Boală cronică de rinichi

1.					
2.					

...					
-----	--	--	--	--	--

I. Osteoporoză

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

J. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

K. Tulburări ale dispoziției

1.					
----	--	--	--	--	--

2.					
----	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

L. Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltării sexuale

1.					
2.					
...					

M. Demențe

1.					
2.					
...					

N. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)

1.					
2.					
...					

O. Tulburări din spectrul autist

1.					
----	--	--	--	--	--



2. | | | | | |

... | | | | | |

| P. Obezitatea

1. | | | | | |

2. | | | | | |

... | | | | | |

| Q. Afecțiuni hepatice cronice

1. | | | | | |

2. | | | | | |

... | | | | | |

| III. CAZURILE CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII  
CONTRACTULUI, |  
| AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE  
MANAGEMENT DE |  
| CAZ\*\*\*)

| III.1 | RISC CARDIOVASCULAR

| 1. HTA

1.					
2.					
...					

2. Diabet zaharat tip II

1.					
2.					
...					

3. Boală cronică de rinichi

1.					
2.					
...					

4. Dislipidemie

1.					
2.					

... | | | | | | |

III.2 | 1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)

1. | | | | | | |

2. | | | | | | |

... | | | | | | |

| 2. ASTM BRONȘIC

1. | | | | | | |

2. | | | | | | |

... | | | | | | |

III.3 | BOALA CRONICĂ DE RINICHI

1. | | | | | | |

2. | | | | | | |

... | | | | | | |

| IV. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI,  
PENTRU CARE |  
| SE FACE MANAGEMENT DE CAZ\*\*\*\*)

IV.1 | RISC CARDIOVASCULAR

| 1. HTA

1. | | | | |

2. | | | | |

... | | | | |

| 2. Diabet zaharat tip II

1. | | | | |

2. | | | | |

... | | | | |

| 3. Boală cronică de rinichi

1. | | | | |

2. | | | | |

... | | | | |

| 4. Dislipidemie

1.					
2.					
...					

IV.2 | 1. BOALA CRONICĂ RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ (BPOC)

1.					
2.					
...					

| 2. ASTM BRONȘIC

1.					
2.					
...					

IV.3 | BOALA CRONICĂ DE RINICHI

1.					
2.					

...					

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru persoanele 0-1 an se va completa vârsta în luni.

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

\*\*\*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la pct. III.

\*\*\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la pct. IV.

2. RecapitulațiA persoanelor neasigurate cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul lunii precedente	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul lunii în curs
<b>A. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE</b>				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				
6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				

9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 1				
B. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI				
1. Afecțiuni cardiovasculare				
2. Afecțiuni cerebrovasculare				
3. Afecțiuni oncologice				
4. Diabet zaharat				
5. Dislipidemie				

6. BPOC				
7. Astm bronșic				
8. Boală cronică de rinichi				
9. Osteoporoză				
10. Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)				
11. Tulburări ale dispoziției				
12. Probleme psihologice și comportamentale asociate dezvoltării sexuale				
13. Demențe				
14. Tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei)				
15. Tulburări din spectrul autist				
16. Obezitate				
17. Afecțiuni hepatice cronice				
SUBTOTAL 2				
C. CAZURI CU DIAGNOSTICUL CONFIRMAT LA DATA ÎNCHEIERII CONTRACTULUI AFLATE ÎN EVIDENȚA MEDICULUI DE FAMILIE, PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ*)				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				



3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 3				
D. CAZURILE NOU DEPISTATE PE PARCURSUL DERULĂRII CONTRACTULUI PENTRU CARE SE FACE MANAGEMENT DE CAZ**) )				
1. HTA				
2. DIABET ZAHARAT TIP II				
3. DISLIPIDEMIE				
4. BPOC				
5. ASTM BRONȘIC				
6. BOALA CRONICĂ DE RINICHI				
SUBTOTAL 4				
TOTAL				

\*) Cazurile cu diagnosticul confirmat la data încheierii contractului aflate în evidența medicului de familie pentru care se face management de caz se completează numai la litera C.

\*\*) Cazurile nou depistate pentru care se face management de caz se completează numai la litera D.

NOTE PENTRU ANEXELE 7.1 ȘI 7.2:

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

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

3. Formularele din anexa 7.1 și 7.2 se întocmesc lunar și se transmit la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

(nume și prenume)  
 Validat de casa de asigurări de sănătate  
 .....  
 Data: .....

ANEXA 8-a

Societatea Farmaceutică .....  
 Farmacia ..... adresa .....  
 Nr. Contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... Data .....

~~1.1. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în  
 tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul ..... care  
 însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....~~

1.1. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în  
 tratamentul ambulatoriu pentru luna .... anul ....  
 (la 30-07-2024 Titlul borderoului de la Punctul 1.1. , Anexa 8-a a  
 fost modificat de Punctul 151 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată  
 prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL  
 OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

Bon		Tip	
Fiscal	Serie și	Cod	*) Nr.
formular	Total	Total	
Sublista	Sublista		
Nr.	nr.	parafa	CNP/ CID
** Tip	***) valoare	valoare	Sublista
Sublista			
crt.	Nr.	data	prescripție
asigurat	European	pașaport	document
nsare	A	B	sețiunea
			D
European			din care :
C3			C1
2.1	2.2		
1	2	3	4
9	10	11	12
17			13
			14
			15
			16
			17
...			

...									

n									

TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x								

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european  
 (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul 1.1.1 din Anexa 8-a)

Subtotal 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății  
 (coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.1.2 din Anexa 8-a)

Subtotal 3- Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii									
de formulare europene									
(coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.1.3 din									
Anexa 8-a)									

Subtotal 4 - Valoarea compensată aferentă DCI - uri notate cu (**)^1) potrivit									
HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare									
(coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 11-17 din tabelul 1.1.4 din									
Anexa 8-a)									

Subtotal 5 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele									
care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e)									
și f) din Legea nr. 95/2006									

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

~~Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care se emite factura Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0-1.830 lei (la 30-01-2024 sintagma: pensionari 0 - 1.608 lei a fost înlocuită de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024)~~

~~(la 30-07-2024 sintagma: reprezintă suma pentru care s-a emis~~

~~factura a fost înlocuită de Punctul 159 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)~~

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și reprezintă suma pentru care se emite factura Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0-2.020 lei

(la 18-09-2024 sintagma „pensionari 0-1.830 lei” a fost înlocuită de Punctul 2. , Articolul I din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024)

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat și a medicamentelor eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

\*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

\*\*\*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*\*\*) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 + sub total 5 (diferit de) total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

1.1.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru luna ..... anul .....

	Bon									
Total	Fiscal	Serie și	Cod	Sublista		Sublista				Total
Nr. valoare	Nr. valoare	număr	parafă	CNP/ CID	CID	Țara	Nr. card	Nr. card		valoare
Crt. european	Nr. data	Sublista	Sublista	C	C		Sublista			
secțiunea	secțiunea	D	medic	asigurat	A	B				
din care :				C1	C3					
2.1 2.2										

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14		
...							
...							
n							
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a

Coloanele (10) - (14) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

1.1.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna ..... anul .....

	Bon						
Total	Fiscal	Serie și Total	Cod		Nr. și Sublista	Sublista	
Nr.	număr	parafă	CNP/ CID	serie	*) Tip		
Țara	valoare	valoare	Sublista	Sublista	C	C	
Sublista							
Crt.	Nr.	data	prescripție	medic	asigurat	pașaport	document

prescripție		compensare, A		B		secțiunea		secțiunea D	
din care :				C1		C3			
2.1 2.2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	11		12	13	14	15			
...									
...									
n									
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat.

\*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

1.1.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru

beneficiarii de formulare europene pentru luna ..... anul  
 .....

Bon		Tip						
Fiscal	Serie și	Cod	Nr. și	formular				
Total	Total		Sublista	Sublista				
Nr. Țara	număr valoare	parafă Sublista	CNP/ CID Sublista	serie C	/	document		
Crt.	Nr.	data	prescripție	medic	asigurat	pașaport	document	
			compensare,	A	B	secțiunea	secțiunea	
din care :		C1	C3	European				
2.1	2.2							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15			
...								
...								
n								
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.  
 Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.



Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor,  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

1.1.4. Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (\*\*)^1) potrivit [HG nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare pentru luna ..... anul .....

Sublista		Bon		Serie și		Cod	CNP/ CID	Nr. card	Tip	
Sublista		Tip		Tip		Valoare	Valoare	sublista	Sublista	
C	Sublista	Fiscal	număr	parafă	asigurat	European	document	si	A	B
Nr.	prescripție	medic	din care:		pașaport			C1	C3	
Crt.	document									
Nr.	data									
2.1	2.2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
17			12	13	14	15	16			
...										

...																			
n																			
TOTAL	x	x	x			x	x			x	x			x	x			x	
x		x																	

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru Sublista C - secțiunea C1, respectiv pe fiecare DCI notat cu (\*\*)^1) potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru celelalte liste, după caz.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17) și este inclus în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.

~~Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0-1.830 lei.~~

~~(la 30-01-2024 sintagma: prescripțiilor 0-1.608 lei a fost înlocuită de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024)~~

Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor 0-2.020 lei.

(la 18-09-2024 sintagma „prescripțiilor 0-1.830 lei” a fost înlocuită de Punctul 1. , Articolul I din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024)

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

\*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

\*\*\*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*\*) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

1.1.5. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225 alin. \(1\) lit. a\), e\) și f\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare pentru luna ..... anul .....

Nr. Sublista Crt. prescripție	Bon Fiscal	Serie și Sublista C	Și Sublista C	Cod parafă C	Cod unic de identificare Sublista	Total valoare	Total valoare
			C1	C3	fără CNP		din care
	2.1	2.2					
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12			
...							
...							
n							
TOTAL	x	x	x	x	x		

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în

ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul 1.1. din Anexa 8-a.

Coloanele (8) - (12) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

~~1.2 Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna ..... anul ..... care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....~~

1.2. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna ... anul ....  
 (la 30-07-2024 Titlul borderoului de la Punctul 1.2. , Anexa 8-a a fost modificat de Punctul 152 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Bon		Fiscal		Nr. și serie		Sublista	
Nr.	Total	Serie și valoare	Cod	*) Număr Sublista	document(e) Sublista	Tip C	Tip C
Crt.	Nr.	data	număr	parafă	unic de	care a/au	
document	valoare	contribuție	compensare,	A	B		
secțiunea	secțiunea	D					
prescripție	personală:	prescripție	medic	identificare	deschis		
		din care :				C1	C3
						dreptul la	
2.1	2.2					medicamente	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
...														
...														
n														
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Subtotal 1 - Valoarea compensată aferentă DCI-uri notate cu (**)^1)														
potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare (coloanele 8- 15 sunt egale cu totalul de la col. 8- 15 din tabelul 1.2.1 din prezenta anexă.)														


Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

(la 30-07-2024 sintagma: reprezintă suma pentru care s-a emis factura a fost înlocuită de Punctul 159 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15)

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

\*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(la 30-07-2024 sintagma: art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

\*\*\*) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(numele și prenumele)

1.2.1. Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (\*\*)^1) potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna ..... anul .....




Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extrasul borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare G pentru sublista C - secțiunea CI, respectiv pe fiecare DCI notat cu (\*\*)^1 potrivit [Hotărârii Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru celelalte liste, după caz.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclus în total coloana (10) din tabelul 1.2 din prezenta anexă.

Coloanele (11) - (15) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

\*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(la 30-07-2024 sintagma: art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#), publicat în [MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

\*\*) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în [Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018](#), cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#), publicat în [MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

NOTĂ: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(numele și prenumele)

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de [Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024](#), publicat în [MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024](#))

ANEXA 8-b

Societatea Farmaceutică .....  
Farmacia ..... adresa .....  
Nr. Contract ..... CAS .....  
Nr. .... Data .....

~~Borderou centralizator pensionari 0 - 1.830 lei pentru luna~~



.....

~~(la 30-01-2024 sintagma: pensionari 0 - 1.608 lei a fost înlocuită de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024)~~

~~— anul ..... care însoțește factura seria .... nr. .... /data .....~~

~~— Borderou centralizator pensionari 0 - 1.830 lei pentru luna .... anul ....~~

~~(la 30-07-2024 Titlul borderoului din Anexa 8 b a fost modificat de Punctul 153 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)~~

~~Borderou centralizator pensionari 0 - 2.020 lei pentru luna .... anul ....~~

~~(la 18-09-2024 sintagma „pensionari 0-1.830 lei” a fost înlocuită de Punctul 2. , Articolul I din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024)~~

Bon			Total				
Fiscal	Serie și	Cod	Total	valoare			
*) Valoare	*) Valoare	parafă	CNP/ CID	valoare			
Nr. compensare	număr compensare	compensare					
crt. CNAS	Nr. Data	prescripție	medic	asigurat	prescripție	sublista	
50%	MS 40%					B, din	
2.1	2.2					care :	
1	2	3	4	5	6	7	8
9							
...							x
x							
...							x
x							
n							x
x							
TOTAL	x	x	x	x			

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = reprezintă suma pentru care se emite factura.

(la 30-07-2024 sintagma: reprezintă suma pentru care s-a emis factura a fost înlocuită de Punctul 159 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Coloanele (7) - (9) nu conțin valoarea compensată și a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pe fiecare DCI notat cu (\*\*)^1) potrivit HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

\*) se completează numai total coloană.

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(nume și prenume)

#### ANEXA 8-c

Societatea Farmaceutică .....  
Farmacia ..... adresa .....  
Nr. Contract ..... încheiat cu CAS .....  
Nr. .... Data .....

~~I. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul ..... care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....~~

I. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna .... anul ....  
(la 30-07-2024 Titlul borderoului de la Punctul I din Anexa 8-c a fost modificat de Punctul 154 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Bon	Fiscal	Serie și Sublista	Cod Total	Cod	CNP/ CID	Nr. card	*) Nr. și serie	Tip
	formular	nr.	nr.	parafă	Nr. card	și serie		
	** Tip	***) valoare	valoare	sublista	sublista	C		
	Sublista	Nr.	data	prescripție	medic			

Asigurat nsare	European A	pașaport B	document secțiunea	document secțiunea	Țara D	prescripție	compe
European C3	2.1	2.2			din care :		C1
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17							
...							
...							
n							
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x
x	x						
Subtotal 1- Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european							
(coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 8-14 din tabelul 1.1. din Anexa 8-c)							

Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru											
pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri,											
convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății											
(coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.2. din											
Anexa 8-c)											
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru											
titularii de formulare europene											
(coloanele 11-17 sunt egale cu totalul de la col. 9-15 din tabelul 1.3. din											
Anexa 8-c)											
Subtotal 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele											
care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e)											
și f) din Legea nr. 95/2006											

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui



Bon									
Total	Fiscal	Serie și	Cod	Sublista	Sublista			Total	
Nr.	număr	parafă	CNP/	CID	Țara	Nr. card	valoare		
valoare	Sublista	Sublista	C	C	Sublista				
Crt.	Nr.	data	prescripție	medic	asigurat				
europ. european	prescripție	compensare	A	B					
secțiunea	secțiunea	D							
din care :				C1	C3				
2.1	2.2.								
1	2	3	4	5	6	7	8		
9	10	11	12	13	14				
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x		

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)



Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I. din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

\*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(nume și prenume)

I.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

Bon		Fiscal		Serie și		Cod		Nr. și		Tip				
		Total		Total				Sublista		formular				
										Sublista				
Nr. Țara		număr		parafă		CNP/ CID		serie		/				
valoare		valoare		Sublista		Sublista		C		C				
Sublista														
Nr. prescripție		data prescripție		prescripție		medic		asigurat		pașaport				
		compensare,		A		B		secțiunea		document				
										secțiunea				
										D				
din care :						C1		C3		European				
2.1		2.2												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15



TOTAL	x	x	x		x	x		x	x	x

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct I. din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

I.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225 alin. \(1\) lit. a\), e\) și f\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul .....

	Bon						
	Fiscal	Serie și Sublista	Cod Sublista	Cod unic de identificare Sublista	Total valoare	Total valoare	
Nr.		număr	parafă				
Sublista	Sublista	C	C				
Crt.	Nr.	data	prescripție	medic	persoană		
prescripție	compensare,	A		B	secțiunea	secțiunea	D

		C1		C3		fără CNP		din care	
:		2.1	2.2						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	9	10	11	12					
...									
...									
n									
TOTAL	x	x	x	x	x				

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. I din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

II. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

Bon		Tip	
Fiscal	Serie și	Cod	*) Nr.
formular	Total	Total	
Sublista	Sublista		

Nr. **)	Tip	nr. ***)	valoare	parafă	CNP/ CID	Nr. card	și serie	/	C
Sublista				valoare	Sublista	Sublista			
Crt.	Nr.	data	prescripție	medic					
asigurat	European	pașaport	document	document	Țara	prescripție	compe		
nsare,	A	B	secțiunea	secțiunea	D				
European					din care:				C1
C3	2.1	2.2							
1	2	3	4	5	6	7	8		
9	10	11	12	13	14	15			
16	17								
...									
...									
n									
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	
x	x								
Subtotal 1- Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european									



Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Total Coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) + coloana (16) + coloana (17).

\*) se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9)

\*\*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

\*\*\*) se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9)

Nota 1: Subtotal 1 + subtotal 2 + sub total 3 + subtotal 4 (diferit de) total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

~~Nota 3: Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 1.830 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.~~

~~(la 30-01-2024 sintagma: pensionari 0 - 1.608 lei a fost înlocuită de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024)~~

Nota 3: Coloana (14) nu conține valoarea compensată a prescripțiilor pentru pensionari 0 - 2.020 lei - pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

(la 18-09-2024 sintagma „pensionari 0-1.830 lei” a fost înlocuită de Punctul 2. , Articolul I din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024)

Coloanele (13) - (17) nu conțin valoarea compensată a medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(nume și prenume)

II.1. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru titularii de card european pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

---

	Bon									
Total	Fiscal	Serie și	Cod						Total	
Nr.		număr	parafă	CNP/	CID/	Țara	Nr. card	valoare		
valoare	Sublista	Sublista	C	C	C		Sublista			
Crt. european	Nr. data	prescripție	medic	asigurat						
secțiunea	prescripție	compensare,	A	B						
		D								
din care :	2.1	2.2		C1		C3				
1	2	3	4	5	6	7	8			
9	10	11	12	13	14					
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x			

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Nota: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....



Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

\*) se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(nume și prenume)

II.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

Bon	Fiscal	Serie și Total	Cod	Nr. și Sublista	Tip formular Sublista			
Nr. Țara	valoare	număr valoare	parafă Sublista	CNP/ CID Sublista	serie C			
Crt.	Nr. prescripție	data compensare,	prescripție A	medic B	asigurat pașaport secțiunea	document secțiunea D		
din care :	2.1	2.2	C1	C3	European			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
10		11	12	13	14	15		



TOTAL	x	x	x		x	x		x	x	x

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum-rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

II.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225 alin. \(1\) lit. a\), e\) și f\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat pentru luna ..... anul .....

	Bon									
	Fiscal	Serie și	Cod	Cod unic de	Total	Total				
		Sublista	Sublista	Sublista	valoare	valoare				
Nr.		număr	parafă	identificare						
Sublista	Sublista	C	C	Sublista						
Crt.	Nr.	data	prescripție	medic	persoană					

prescripție	compensare, A		B		secțiunea	secțiunea	D
:	C1		C3		fără CNP		din care
	2.1	2.2					
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12			
...							
...							
n							
TOTAL	x	x	x	x	x		

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total Coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) + coloana (10) + coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. II din Anexa 8-c.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum- rezultat.

Notă: Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
 Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
 (nume și prenume)

~~III. Borderou centralizator pensionari 0 - 1.830 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat, pentru luna ..... anul ....., care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....~~

~~III. Borderou centralizator pensionari 0 - 1.830 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat, pentru luna .... anul ....~~

~~(la 30-07-2024 Titlul borderoului de la Punctul III din Anexa 8-c a fost modificat de Punctul 155 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată~~

prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

III. Borderou centralizator pensionari 0 - 2.020 lei - pentru medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum- rezultat, pentru luna .... anul ....  
 (la 18-09-2024 sintagma „pensionari 0-1.830 lei” a fost înlocuită de Punctul 2. , Articolul I din ORDINUL nr. 1.478 din 3 septembrie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 940 din 18 septembrie 2024))

Bon			Total				
Fiscal	Serie și	Cod	Total		valoare		
*) Valoare	*) Valoare	parafă	CNP/ CID	valoare			
Nr. compensare	număr compensare	compensare					
Crt. CNAS 50%	Nr. data MS 40%	prescripție	medic	asigurat	prescripție		
					sublista		
					B, din		
					care:		
1	2	3	4	5	6	7	8
9							
...							x
x							
...							x
x							
...							x
x							
n							x
x							
TOTAL	x	x	x	x	x		

\*) Se completează numai total coloană.  
 Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.  
 Total coloana (7) reprezintă suma pentru care se emite

factura.

(la 30-07-2024 sintagma: reprezintă suma pentru care s-a emis factura a fost înlocuită de Punctul 159 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

Notă: Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(nume și prenume)

(la 30-01-2024 sintagma: pensionari 0 - 1.608 lei a fost înlocuită de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 104 din 22 ianuarie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 87 din 30 ianuarie 2024))

~~IV. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna ..... anul ....., care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....~~

IV. Borderou centralizator medicamente compensate și gratuite în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor cost-volum acordate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, pentru luna .... anul ....

(la 30-07-2024 Titlul borderoului de la Punctul IV din Anexa 8-c a fost modificat de Punctul 156 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024))

Bon		Fiscal		Total		Total		Nr. și serie		Sublista	
Nr.	Sublista	Serie și valoare	Cod valoare	Nr. unic de Sublista	document(e)	Tip					
Crt.	Nr.	data	număr	parafă	identificare*)	care a/au					
document**)	valoare	contribuție	compensare,	A	B						
secțiunea	secțiunea	D	prescripție	medic	deschis						
prescripție	personală	din care :			C1	C3					
						dreptul la					

2.1		2.2						medicamente						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOTAL	x	x	x		x	x			x				x	

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui contract cost-volum.

Total coloana (8) = coloana (9) + coloana (10) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

(la 30-07-2024 sintagma: reprezintă suma pentru care s-a emis factura a fost înlocuită de [Punctul 159 din ANEXA din 26 iulie 2024](#))



prescripție		personală	din care :				C1	C3
-----						dreptul la		
2.1	2.2					medicamente		
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14	15	
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI ce face obiectul unui

contract cost-volum-rezultat.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) + coloana (13) + coloana (14) + coloana (15).

\*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(la 30-07-2024 sintagma: art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

\*\*) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

NOTĂ:

Borderoul centralizator se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....  
(nume și prenume)

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

ANEXA 8-d

Societatea Farmaceutică .....

Farmacia ....., adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... Data .....

~~1. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E, pentru luna ..... anul ....., care însoțește factura seria ..... nr. .... /data .....~~

1. Borderou centralizator medicamente în tratamentul ambulatoriu corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E, pentru luna .... anul ....

(la 30-07-2024 Titlul borderoului de la Punctul 1 din Anexa 8-d a fost modificat de Punctul 157 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

---



-lei-

Bon		Tip					
fiscal	Serie și	Cod	*) Nr.				
formular	Total	Total	Sublista				
Nr.	nr.	parafă	CNP/CID				
**) Tip	***) Valoare	valoare	E				
crt.	nr.	data	prescripție				
asigurat	European	pașaport	document				
nsare,	secțiunea	secțiunea	document				
European	din care:		E1				
2.1	2.2		E2				
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14		
...							
...							
n							
TOTAL	X	X	X	X	X	X	X
X	X						

Subtotalul 1 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de card european (coloanele 11-14 sunt egale cu totalul de la col. 8-11 din tabelul 1.1 din prezenta anexă)

Subtotalul 2 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri,

convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății (coloanele 11-14 sunt egale cu totalul de la col. 9-12 din tabelul 1.2 din prezenta anexă)				
Subtotalul 3 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru titularii de formulare europene (coloanele 11-14 sunt egale cu totalul de la col. 9-12 din tabelul 1.3 din prezenta anexă)				
Subtotalul 4 - Valoarea compensată aferentă rețetelor eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare				

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Total coloana (12) = coloana (13) + coloana (14) și reprezintă suma pentru care se emite factura.

(la 30-07-2024 sintagma: reprezintă suma pentru care s-a emis factura a fost înlocuită de Punctul 159 din ANEXA din 26 iulie 2024 aprobată prin ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

\*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\*\*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\*\*) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Nota 1: subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 ≠ total coloana 12

Nota 2: Borderoul centralizator nu conține valoarea compensată a medicamentelor aferente DCI-urilor din sublista E eliberate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații



TOTAL	X	X	X	X	X	X	X	
-------	---	---	---	---	---	---	---	--

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) = coloana (10) + coloana (11) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă.

Se va detalia în subsolul extrasului de borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

**NOTĂ:**

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia .....,  
 .....  
 (numele și prenumele)  
 Societatea Farmaceutică .....  
 Farmacia ....., adresa .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS.....  
 Nr. .... data .....

1.2. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E pentru luna ..... anul .....

-lei-									
	Bon								
	fiscal	Serie și	Cod		Nr. și				
Total	Total	Sublista	Sublista						
Nr.	număr	parafă	CNP/CID	serie	*)Tip				
Țara	valoare	valoare	E	E					
crt.	nr.	data	prescripție	medic	asigurat	pașaport	document		
prescripție	compensare,	secțiunea	secțiunea						
din care:	E1	E2							
	2.1	2.2							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10		11	12						

TOTAL	X	X	X		X	X	X	X	X

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă. Se va detalia în subsolul extrasului de borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

\*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....,

.....

(numele și prenumele)

Societatea Farmaceutică .....

Farmacia ....., adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

1.3. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru beneficiarii de formulare europene pentru medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E pentru luna ..... anul .....

-lei-									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Bon					Tip			
	fiscal	Serie și	Cod		Nr. și	formular			
Total	Total	Sublista	Sublista						
Nr.	număr	parafă	CNP/CID	serie	/				
Țara	valoare	valoare	E	E					
crt.	nr.	data	prescripție	medic	asigurat	pașaport	document		

prescripție		compensare,		secțiunea		secțiunea		european	
din care:		E1		E2					
2.1		2.2.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	11		12						
TOTAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă.

Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....,

.....  
(numele și prenumele)

Societatea Farmaceutică .....

Farmacia ....., adresa .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS.....

Nr. .... data .....

1.4. Extras borderou centralizator rețete eliberate pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista E pentru luna ..... anul .....

Bon fiscal		Serie și Sublista		Cod	Cod unic de identificare	Total valoare	Total din
Nr. valoare crt. prescripție care:	E nr. E1 2.1	data compensare, E2 2.2.	prescripție medic secțiunea	parafă medic secțiunea	persoană fără CNP	valoare	din
1	2	3	4	5	6	7	8
8	9						
.....							
.....							
n							
TOTAL	X	X	X	X	X		

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extras borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.  
Total coloana (7) = coloana (8) + coloana (9) și este inclusă în total coloana (12) din tabelul de la pct. 1 din prezenta anexă.  
Se va detalia în subsolul extras borderou valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.  
Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....,  
.....  
(numele și prenumele)  
Societatea Farmaceutică .....  
Farmacia ....., adresa .....  
Nr. contract ..... CAS .....





TOTAL	X	X	X	X	X
-------	---	---	---	---	---

Prescripțiile medicale vor fi înscrise în extrasul borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Se va detalia în subsolul borderoului valoarea compensată pentru medicamentele aferente fiecărui DCI din sublista E.

Total coloana (10) = coloana (11) + coloana (12).

\*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024.

(la 30-07-2024 sintagma: art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

\*\*) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.

(la 30-07-2024 sintagma: Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din ORDINUL nr. 1.195 din 26 iulie 2024, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 741 din 30 iulie 2024)

NOTĂ:

Extrasul se transmite în format electronic (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Reprezentant legal al S.C. Farmacia

.....,  
 .....  
 (numele și prenumele)

(la 04-10-2023 Actul a fost completat de Punctul 11., Articolul I din ORDINUL nr. 868 din 28 septembrie 2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 894 din 4 octombrie 2023)

-----

