

ORDIN Nr. 868/542 din 31 mai 2011
privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații
paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor
privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații
paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

În vigoare de la 30.04.2015

Act de bază

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011

Acte modificatoare

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1776/951/2011

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 681/249/2012

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 511/196/2013

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 691/261/2013

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 622/363/2014

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 493/198/2015

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.289 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2.063 din 31 mai 2011;

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010*) pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, cu modificările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor:

- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

*) Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 a fost abrogată. A se vedea Hotărârea Guvernului nr. 400/2014.

ART. 1

(1) Se aprobă modelul unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, ca imprimat cu regim special, în baza căruia se recomandă investigații medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzut în anexa nr. 1.

(2) Pentru serviciile de înaltă performanță decontate de casele de asigurări de sănătate: RMN, CT, scintigrafie și angiografie se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexele nr. 1a, 1b, 1c și 1d, după caz.

(3) *** Abrogat

(4) *** Abrogat

(5) Pentru serviciile medicale paraclinice - analize medicale de laborator recomandate de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1f. Durata de valabilitate a biletului de trimitere al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1f este de 90 de zile.

Art. 2.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înscrierea și numerotarea formularelor de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d și 1f.

ART. 3

(1) Se aprobă Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, prevăzute în anexa nr. 2.

(11) Prin excepție de la prevederile alin. (1), Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru biletul de trimitere prevăzut în anexa nr. 1f sunt prevăzute în anexa nr. 2a.

(2) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (1) este obligatorie pentru toți furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Se aprobă Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

Art. 4.

Anexele nr. 1, 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 2, 2a și 3 fac parte integrantă din prezentul ordin

ART. 5

(1) Prezentul ordin intră în vigoare începând cu data de 1 iunie 2011, dată de la care se abrogă prevederile Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.288/489/2006 pentru aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 939 din 21 noiembrie 2006, cu modificările ulterioare.

(2) Formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, în formatul aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.288/489/2006, cu modificările ulterioare, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 1 septembrie 2011. Dacă până la data de 1 septembrie 2011 se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul aprobat prin ordinul menționat mai sus pentru recomandarea de investigații paraclinice de înaltă performanță: RMN, CT, angiografie și scintigrafie, acestea vor fi însoțite de fișele de solicitare prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

ART. 6

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

NOTĂ:

Reproducem mai jos prevederile art. II și art. III din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 622/363/2014

"ART. II

Formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice al căror model este prevăzut în anexele nr. 1, 1a, 1b, 1c și 1d la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice

utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, în formatul aprobat anterior intrării în vigoare a prezentului ordin, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 31 august 2014, inclusiv."

"ART. III

Până la tipărirea formularelor biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul prevăzut de Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu modificările și completările aduse prin prezentul ordin, și achiziționarea acestora de către furnizorii de servicii medicale se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul aprobat anterior intrării în vigoare a prezentului ordin (dar nu mai târziu de 31 august 2014, inclusiv), respectiv biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) și 2 (roz) rămân în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia."

Servicii de înaltă performanță - RMN

COD DE BARE

SERIE NR.

1. Unitate medicală | Nivel de prioritate
CUI MF | _____
Sediu (localitate, str., nr.) || Urgență | |
..... | _____|
Județul Amb. | _____
Spec. || Curente | |
Casa de asigurări | _____|
Nr. Contract/Convenție Altele |

2. Date de identificare asigurat

Asigurat la CAS: RC: Salarizat Veteran
 Co-asigurat Revoluționar
Nume Liber Handicap
profesionist
Prenume
 Copil PNS
(< 18 ani)
Adresa
 Elev/Ucenic/ Ajutor
Student social
(18 -
26 ani) Șomaj
 Gravidă/ Card
Lehuză European (CE)
 Pensionar Acorduri
internationale
 Alte
categorii

CID/CNP/CE/PASS _____ Cetățenia | |

COD CARD ASIGURAT _____

3. Cod diagnostic P A/S C
- - - - - - - - -

_____|_____|_____|_____|_____| Diagnostic |_| |_| |_|

_____|_____|_____|_____|_____|

Data/.... Semnătura medicului Cod parafă _____ L.S.
trimiterii

Data/.... Semnătura medicului Cod parafă _____ L.S.
reconfirmării

4.1 Tip investigație indicat, cod investigație

4.2 Date clinice și paraclinice care să justifice investigația:

4.3 S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU

4.4 Examen CT/RMN anterior: DA/NU

4.5 Observații speciale legate de pacient:

- a) Greutate kg l) Asistat cardiorespirator ... DA/NU
- b) Cooperare previzibilă Normală/ m) Antecedente alergice DA/NU
Dificilă n) Crize epileptice DA/NU
- c) Astm bronșic DA/NU o) Claustrofobie DA/NU
- d) Suspiciune de sarcină DA/NU p) Proteze auditive DA/NU
- e) Valve cardiace, ventriculare . DA/NU r) Materiale stomatologice DA/NU
- f) Dispozitive intrauterine DA/NU s) Corpi străini intraocular .. DA/NU
- g) Alte proteze DA/NU
- h) Schije, gloanțe, obiecte metalice DA/NU
- i) Proteze articulare, materiale de osteosinteză DA/NU
- j) Meserii legate de prelucrarea metalelor (schije, obiecte metalice) .. DA/NU
- k) Clipuri chirurgicale, materiale metalice de sutură DA/NU

PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!!

4.6 Substanță de contrast: Da/Nu

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii
paraclinice: L.S.

6. Data prezentării asiguratului Semnătura asiguratului
...../...../.....

7. *** Abrogat

ANEXA 1b*)

BILET DE TRIMITERE
pentru investigații paraclinice decontate de CAS

COD DE BARE

SERIE NR.

1. Unitate medicală _____ Nivel de prioritate _____
CUI MF | _____
Sediul (localitate, str., nr.) Amb. | Urgență | |
..... Spec. | | _____
Județul Altele | Curente | |
..... | _____
Casa de asigurări | _____
Nr. Contract/Convenție | _____

2. Date identificare asigurat

Asigurat la CAS: RC: Salarizat Veteran
 Co-asigurat Revoluționar
Nume Liber Handicap
profesionist
Prenume
 Copil PNS
(< 18 ani)
Adresa Elev/Ucenic/ Ajutor
Student social
(18 -
..... 26 ani) Șomaj
 Gravidă/ Card
Lehuză European (CE)
 Pensionar Acorduri
internationale
 Alte
categorii

CID/CNP/CE/PASS _____ Cetățenia | |

COD CARD ASIGURAT _____

3. Cod diagnostic _____ P A/S C

|_|_|_|_|_| Diagnostic |_| |_| |_|

||_|_|_|_|

Data/.... Semnătura medicului Cod parafă |_|_|_|_|_|_| L.S.
trimiterii

Data/.... Semnătura medicului Cod parafă |_|_|_|_|_|_| L.S.
reconfirmării

4.1 Tip investigație indicat, cod investigație

4.2 Date clinice și paraclinice care să justifice investigația:

4.3 S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU

4.4 Examen CT anterior: DA/NU

4.5 Observații speciale legate de pacient:

a) Greutate kg

b) Toleranță la substanța iodată DA/NU

4.6 Substanță de contrast: DA/NU

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:
..... L.S.

6. Data prezentării asiguratului Semnătura asiguratului
...../...../.....

7. *** Abrogat

ANEXA 1c*)

BILET DE TRIMITERE

Diagnostic
.....

Data/... Semnătura medicului Cod parafă |_|_|_|_|_| L.S.
trimiterii

Data/... Semnătura medicului Cod parafă |_|_|_|_|_| L.S.
reconfirmării

-
- 4.1 Tip investigație indicat, cod investigație
- 4.2 Date clinice și paraclinice care să justifice investigația:
- 4.3 S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU
- 4.4 Examen scintigrafic anterior: DA/NU
- 4.5 Observații speciale legate de pacient:
- a) Greutate kg
- b) Antecedente alergice DA/NU

SARCINA ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EFECTUAREA EXAMENULUI SCINTIGRAFIC!!!

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:
..... L.S.

6. Data prezentării asiguratului Semnătura asiguratului

7. *** Abrogat

ANEXA 1d*)

BILET DE TRIMITERE
pentru investigații paraclinice decontate de CAS

||_|_|_| Diagnostic |_| |_| |_|

||_|_|_|

Data/.... Semnătura medicului Cod parafă |_|_|_|_|_| L.S.
trimiterii

Data/.... Semnătura medicului Cod parafă |_|_|_|_|_| L.S.
reconfirmării

4.1 Tip investigație indicat, cod investigație

4.2 Date clinice și paraclinice care să justifice investigația:

4.3 S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU

4.4 Examen angiografic anterior: DA/NU

4.5 Observații speciale legate de pacient:

a) Greutate kg

b) Antecedente alergice DA/NU

c) Puls: - arteră femurală dreaptă și arteră femurală stângă

d) Pacient diabetic DA/NU

- în tratament cu sulfamide hipoglicemizante DA/NU

(dacă DA se oprește tratamentul cu 48 de ore înaintea investigației)

e) Hepatita DA/NU

- Pacientul se va prezenta obligatoriu cu următoarele teste efectuate: activitatea protombinică și timpul de protombină determinate în ziua efectuării investigației, creatinină, uree, ECG, tensiune arterială, antigen HbS, test HIV;

- Administrarea anticoagulantelor cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore înaintea investigației;

- Administrarea medicației antihipertensive și antiaritmice NU se oprește.

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:
..... L.S.

6. Data prezentării asiguratului Semnătura asiguratului

...../...../.....

7. *** Abrogat

ANEXA 1e *** Abrogată

INSTRUCȚIUNI

privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

A. Principii generale

1. Recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c și 1d la ordin, de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a face recomandări de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate. #M3 Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate atrage răspunderea furnizorului și conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

2. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice, denumit în continuare bilet de trimitere, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia și numai pentru pacienții care beneficiază de asigurări sociale de sănătate.

3. Se interzic:

- emiterea biletelor de trimitere de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

- emiterea de către unitățile sanitare care furnizează servicii spitalicești a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru investigații contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către unitatea spitalicească respectivă, indiferent de afecțiunile asociate.

4. Investigațiile medicale paraclinice se pot efectua de către orice furnizor de investigații medicale paraclinice aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

B. Instrucțiuni privind utilizarea formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate

1. Biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul), pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe verso-ul cotorului ultimului bilet de trimitere se va preciza: "Acest carnet conține ... file (în cifre și în litere), de la numărul ... la numărul ..., și ... file anulate."

3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere distribuite furnizorilor de servicii medicale;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

d) achiziția formularelor de bilete de trimitere se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite asiguratul la investigații medicale paraclinice pe baza biletului de trimitere, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 2, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 2), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere emise asiguraților se va face în registrul de consultații, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere emis.

C. Instrucțiuni de completare a formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Formularele de bilete de trimitere se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

"Cod de bare"

Formularele cu regim special - biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

Câmpul 1 - "Unitate medicală":

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat(ă) contract/convenție, numărul contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în baza căruia/căreia medicul prescriptor prestează serviciul; medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu "x" categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

- "MF" pentru furnizorii de servicii de asistență primară;

- "Amb. Spec." pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate, inclusiv servicii de medicină dentară.

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța "Amb. Spec." atunci când emit un bilet de trimitere pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- "Altele" pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora.

c) "Nivel de prioritate" - se va bifa cu "x" căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al investigațiilor medicale paraclinice recomandate.

Câmpul 2 - "Date identificare asigurat":

a) "Asigurat la CAS" - se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

b) "RC" - se completează numărul din registrul de consultații (RC);

c) se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

- se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

- se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

- se bifează căsuța "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

- se bifează categoria "Copil (<18 ani)" pentru toate persoanele care fac dovada calității lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naștere, carte de identitate);

- se bifează categoria "Elev/ucenic/student (18 - 26 ani)" pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă;

- se bifează căsuța "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

- se bifează căsuța "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie, după cum urmează:

- se notează cifra 1 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei;

- se notează cifra 2 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei;

- se bifează căsuța "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" numai pentru asigurații care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care li se stabilește această calitate;

- se bifează căsuța "PNS" și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;

- se bifează căsuța "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

- se bifează căsuța "Șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;

- se bifează căsuța "Card european (CE)" pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ale Spațiului Economic European/ai Confederației Elvețiene (cu excepția României), titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate;

- se bifează căsuța "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

- la rubrica "Alte categorii" se va nota:

- cifra 1, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare, Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, 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, Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare), dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi;

- cifra 2, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106; E 109; E 112; E 120; E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare;

d) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, adresa completă); adresa completă nu este câmp obligatoriu de completat;

e) câmpul «CID/CNP/CE/PASS» corespunde codului unic de identificare/codului numeric personal/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

- pentru cetățenii români se completează codul unic de identificare sau, după caz, codul numeric personal al pacientului format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;

- pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene se va completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii 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 toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al

cardului european de asigurări de sănătate (câmpul nr. 8 de pe acesta) pentru titularii de card european;

- pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin.

Notă:

Pentru situațiile în care se recomandă analize medicale de laborator de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - până la tipărirea formularelor de bilete de trimitere al căror model este prevăzut în anexa nr. 1f, dar nu mai târziu de data de 30 iunie 2015 -, informațiile de la lit. c) a câmpului 2 se completează obligatoriu numai pentru situațiile prevăzute la categoriile «Acorduri internaționale» și «Alte categorii» - pentru beneficiarii formularelor europene.

Câmpul 3 - "Cod diagnostic":

(i) se vor completa căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului sau diagnosticelor cunoscute ori prezumtive pentru care se recomandă investigațiile, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală; pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie prin care se recomandă investigații paraclinice în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază codul de diagnostic completat va fi 999.

(ii) se va bifa cu "x": căsuța P pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru unele afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție, precum și cele pentru afecțiunile oncologice; căsuța A/S pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile acute/subacute; căsuța C pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru bolile cronice, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate: diabet și boli de nutriție, precum și cele pentru afecțiuni oncologice; căsuța M pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi; pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Data fiind perioada de valabilitate a biletului de trimitere, diferită pentru: afecțiuni acute/subacute; afecțiuni cronice; unele afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție, precum și afecțiunile oncologice, pe același formular de bilet de trimitere nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic sau cu tip diagnostic pentru afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție și afecțiunile oncologice.

Pentru recomandarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi, se va completa bilet de trimitere distinct, acesta având termen de valabilitate conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru recomandarea de investigații histopatologice și citologice se va întocmi bilet de trimitere distinct, având termen de valabilitate conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie prin care se recomandă investigații paraclinice în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază (cod de diagnostic 999) nu se completează niciuna dintre căsuțele de la câmpul "tip diagnostic".

NOTĂ:

În situațiile în care se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori (dar nu mai târziu de 31 mai 2014), pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat, medicul care face recomandarea va menționa "management de caz" pe formularul biletului de trimitere, aplicând totodată semnătura și parafa, fără a se completa vreuna dintre căsuțele: P; A/S; C.

Pentru situațiile în care se recomandă analize medicale de laborator de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - până la tipărirea formularelor de bilete de trimitere al căror model este prevăzut în anexa nr. 1f, dar nu mai târziu de data de 30 iunie 2015 -, medicul care face recomandarea va menționa pe formularul biletului de trimitere, după caz, următoarele:

- «PREV 1» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani inclusiv;
- «PREV 2» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 ani inclusiv;
- «PREV 3» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 12 și 17 ani inclusiv;
- «PREV 4» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru persoanele asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 de ani;
- «PREV 5» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 de ani și peste 40 de ani, aplicând totodată semnătura și parafa, fără a se completa vreuna dintre căsuțele: P; A/S; C; M, și în titlul biletului de trimitere medicul de familie va tăia cu o linie sintagma «decontate de CAS».

Pentru recomandarea analizelor medicale de laborator de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani medicii de familie vor întocmi bilet de trimitere distinct.

(iii) - "Data trimiterii" - se va specifica data trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate; la biletele de trimitere pentru recomandarea de investigații histopatologice și citologice, la câmpul "data trimiterii" se va specifica data trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate sau se va specifica data recoltării probei/probelor la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu (dată ce coincide cu data transmiterii probei/probelor recoltate către laboratorul de anatomie patologică), după caz.

(iv) - "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a emis biletul de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

(v) - "Data reconfirmării" - în situația în care asiguratul se internează în spital în perioada de valabilitate a biletului de trimitere și investigațiile medicale paraclinice de înaltă performanță nu au fost efectuate în timpul spitalizării, se va specifica data reconfirmării trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate, medicul fiind obligat să completeze cele două exemplare ale biletului de trimitere.

(vi) - "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului care a reconfirmat biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia pe cele două exemplare ale biletului de trimitere; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a reconfirmat biletul de trimitere pe cele două exemplare ale biletului de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă pe cele două exemplare ale biletului de trimitere.

Câmpul 4

- În situația în care se completează anexa nr. 1:

"Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate":

- medicul care trimite asiguratul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație, respectiv numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, separat, pentru fiecare investigație recomandată;

- codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare; pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului - cadru se vor înscrie numerele curente aferente investigațiilor respective;

- "Investigații recomandate" - se va completa de medicul care trimite asiguratul; investigațiile recomandate vor fi scrise lizibil cu majuscule;

- "Investigații efectuate" - se va completa prin bifare cu "x" de furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile. În situația în care furnizorul nu poate efectua toate investigațiile prescrise, le va anula cu o linie pe cele neefectuate, pe biletul de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

- În situația în care se completează una dintre anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d:

4.1 "Tip de examen indicat, cod investigație" - se completează precizându-se tipul de examen indicat conform prevederilor din normele metodologice de aplicare a contractului-cadru; se notează codul investigației sau numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

4.2 "Date clinice și paraclinice care să justifice investigația" - medicul va consemna datele clinice și paraclinice care justifică investigația;

4.3 "S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: Da/Nu" - se va bifa de către medicul care face recomandarea: căsuța "Da", dacă s-au epuizat celelalte metode de diagnostic, respectiv căsuța "Nu", dacă nu s-au epuizat celelalte metode de diagnostic;

4.4 "Examen RMN anterior: Da/Nu", "Examen CT anterior: Da/Nu", "Examen scintigrafic anterior: Da/Nu", "Examen angiografic anterior: Da/Nu" - se va bifa de către medicul care face recomandarea căsuța "Da", dacă s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente, respectiv căsuța "Nu", dacă nu s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente;

4.5 "Observații speciale legate de pacient" - se vor consemna, de către medicul care face recomandarea, observațiile speciale legate de pacient, prin bifarea căsuței care corespunde situației pacientului, în funcție de tipul de serviciu de înaltă performanță recomandat;

4.6 "Substanță de contrast: Da/Nu" - pentru serviciile de înaltă performanță, RMN și CT se va bifa, de către medicul radiolog, căsuța "Da", dacă se utilizează substanță de contrast, respectiv căsuța "Nu", dacă nu se utilizează substanță de contrast.

- [liniuța a 7-a] *** Abrogată

Câmpul 5 - "Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice":

- se va completa în clar numele persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice, care va executa specimenul de semnătură;

- "LS" - se va aplica ștampila furnizorului de servicii paraclinice care a efectuat investigațiile recomandate.

Câmpul 6 - "Data prezentării asiguratului":

- se va completa de către asigurat data la care acesta s-a prezentat la furnizorul de servicii paraclinice pentru efectuarea investigațiilor, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării;

- "Semnătura asiguratului" - se execută semnătura beneficiarului serviciilor paraclinice recomandate după ce a fost informat asupra tipurilor de investigații medicale paraclinice de care urmează să beneficieze, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării;

- pe biletele de trimitere pentru investigații histologice și citologice se completează de către asigurat câmpurile "data prezentării asiguratului" și "semnătura asiguratului", numai în situația în care recoltarea probei/probelor se face la nivelul laboratorului.

Câmpul 7 *** Abrogat

Câmpul 8 - "Date care necesită a fi inscripționate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice":

În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării asiguratului, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe versoul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examinărilor histopatologice și citologice, asiguratul va declara pe propria răspundere pe versoul biletului de trimitere că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

ANEXA 2a

ANEXA Nr. 2

(Anexa nr. 2a la Ordinul nr. 868/542/2011)

INSTRUCȚIUNI

privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice - analize medicale de laborator recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază - a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate

A. Principii generale

1. Recomandarea pentru investigații medicale paraclinice a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se face pe formularul cu regim special prevăzut în anexa nr. 1f la ordin, de către medicii de familie care au, potrivit reglementărilor legale în vigoare, dreptul de a face recomandări de astfel de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

2. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, denumit în continuare bilet de trimitere, se completează de către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia și numai pentru persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

3. Se interzice emiterea acestor bilete de trimitere de către medicii de familie care nu au încheiat contracte/convenții de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

4. Investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator recomandate pe baza biletului de trimitere al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1f se pot efectua de către orice furnizor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

B. Instrucțiuni privind utilizarea în sistemul de asigurări sociale de sănătate a formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice - analize medicale de laborator care nu sunt decontate de casele de asigurări de sănătate

1. Biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (roz) rămâne în carnet, la medicul de familie care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului,

care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul), pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe versoul cotorului ultimului bilet de trimitere se va preciza: "Acest carnet conține. . . file (în cifre și în litere), de la numărul la numărul, și file anulate."

3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale în asistența medicală primară care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere distribuite furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor achiziționa la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

d) achiziția formularelor de bilete de trimitere se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale în asistența medicală primară sau de delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici de familie angajați care au dreptul de a trimite asiguratul la investigații medicale paraclinice pe baza biletului de trimitere prevăzut în anexa nr. 1f la ordin, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului de familie, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 2, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 2), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere emise asiguraților se va face în registrul de consultații, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere emis.

C. Instrucțiuni de completare a formularelor de bilet de trimitere pentru analize medicale de laborator a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Formularele de bilete de trimitere se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

"Cod de bare"

Formularele cu regim special - biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

Câmpul 1 - "Unitate medicală":

Se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat(ă) contract/convenție, numărul contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în baza căruia/căreia medicul prescriptor prestează serviciul; medicii de familie pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale.

Câmpul 2 - "Date de identificare asigurat":

a) "Asigurat la CAS" - se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

b) "RC" - se completează numărul din registrul de consultații (RC);

c) "data nașterii" - se va completa ziua, luna și anul nașterii;

d) la "vârstă" se notează în cifre vârsta împlinită a asiguratului;

e) se va bifa cu x căsuța F sau M corespunzătoare sexului (feminin/masculin);

f) se bifează căsuța "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

g) la rubrica "Alte categorii" se va nota:

- cifra 2, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare;

h) se vor nota datele de identificare ale pacientului - numele și prenumele;

i) câmpul "CID/CNP/PASS" corespunde codului unic de identificare/codului numeric personal/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

- pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, codul numeric personal al pacientului format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;

- pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene se va completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii 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;

- pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin.

Câmpul 3 - "Cod diagnostic":

(i) Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie prin care se recomandă investigații paraclinice - analize medicale de laborator în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, codul de diagnostic completat va fi 999.

(ii) În căsuța "PREV" se va nota:

- cifra 1 - pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani inclusiv;
- cifra 2 - pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 ani inclusiv;
- cifra 3 - pentru copii cu vârsta cuprinsă între 12 și 17 ani inclusiv;
- cifra 4 - pentru persoanele asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 de ani;
- cifra 5 - pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 de ani și peste.

(iii) "Data trimerii" - se va specifica data întocmirii biletului de trimitere pentru investigațiile paraclinice recomandate.

(iv) "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului de familie care a emis biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a emis biletul de trimitere; medicii de familie pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

Câmpul 4

"Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate":

- medicul care trimite asiguratul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație, separat, pentru fiecare investigație recomandată;
- codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare;
- "Investigații recomandate" - se va completa de medicul care trimite asiguratul; investigațiile recomandate vor fi scrise lizibil cu majuscule;
- "Investigații efectuate" - se va completa prin bifare cu "x" de furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile. În situația în care furnizorul nu poate efectua toate investigațiile prescrise, le va anula cu o linie pe cele neefectuate, pe biletul de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

Câmpul 5 - "Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice":

- se va completa în clar numele persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice, care va executa specimenul de semnătură;
- "LS" - se va aplica ștampila furnizorului de servicii paraclinice care a efectuat investigațiile recomandate.

Câmpul 6 - "Data prezentării asiguratului":

- se va completa de către asigurat data la care acesta s-a prezentat la furnizorul de servicii paraclinice pentru efectuarea investigațiilor, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării;

- "Semnătura asiguratului" - se execută semnătura beneficiarului serviciilor paraclinice recomandate după ce a fost informat asupra tipurilor de investigații medicale paraclinice de care urmează să beneficieze, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării.

Câmpul 7 - "Date care necesită a fi inscripționate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice":

În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării asiguratului, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe versoul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, asiguratul va declara pe propria răspundere pe versoul biletului de trimitere că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

ANEXA 3

LISTA

abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional	
	AF	Afganistan	NU	NU
	ZA	Africa de Sud	NU	NU
	AL	Albania	NU	DA
	DZ	Algeria	NU	DA
	AD	Andorra	NU	NU
	AO	Angola	NU	NU
	AI	Anguilla	NU	NU
	AG	Antigua și Barbuda	NU	NU
	AN	Antilele Olandeze (Bonaire)	NU	NU
	AR	Argentina	NU	NU
	AM	Armenia	NU	DA
	AW	Aruba	NU	NU
	SH	Teritoriile britanice de peste mări	NU	NU

AU	Australia	NU	NU
AT	Austria	DA	NU
AZ	Azerbaidjan	NU	NU
BS	Bahamas	NU	NU
BH	Bahrain	NU	NU
BD	Bangladesh	NU	NU
BB	Barbados	NU	NU
BY	Belarus	NU	DA
BE	Belgia	DA	NU
BZ	Belize	NU	NU
BJ	Benin	NU	NU
BM	Bermude	NU	NU
BO	Bolivia	NU	NU
BA	Bosnia și Herțegovina	NU	DA
BW	Botswana	NU	NU
BR	Brazilia	NU	NU
BN	Brunei	NU	NU
BG	Bulgaria	DA	NU
BF	Burkina Faso	NU	NU
BI	Burundi	NU	NU
BT	Bhutan	NU	NU
KH	Cambodgia	NU	NU
CM	Camerun	NU	NU
CA	Canada	NU	NU
SP	Insulele Canare	NU	NU
CV	Capul Verde	NU	NU
KY	Insulele Cayman	NU	NU
CZ	Cehia	DA	NU
CF	Republica Centrafricană	NU	NU
CL	Chile	NU	NU
CN	China	NU	DA
TD	Ciad	NU	NU
CY	Cipru	DA	NU
CI	Côte d'Ivoire	NU	NU
CO	Columbia	NU	NU
YT	Mayotte	NU	NU
PM	Saint Pierre și Miquelon	NU	NU
KM	Uniunea Comorelor	NU	NU
CD	Republica Democrată	NU	NU

	Congo		
CG	Republica Congo	NU	NU
KR	Coreea de Sud	NU	DA
CR	Costa Rica	NU	NU
HR	Croația	DA	NU
CU	Cuba	NU	DA
DK	Danemarca	DA	NU
DJ	Djibouti	NU	NU
DM	Dominica	NU	NU
DO	Republica Dominicană	NU	NU
EC	Ecuador	NU	NU
EG	Egipt	NU	NU
SV	El Salvador	NU	NU
CH	Elveția	DA	NU
AE	Emiratele Arabe Unite	NU	NU
ER	Eritreea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fiji	NU	NU
FI	Finlanda	DA	NU
FR	Franța	DA	NU
GA	Gabon	NU	NU
GM	Gambia	NU	NU
GE	Georgia	NU	NU
GS	Georgia de Sud și Insulele Sandwich de Sud	NU	NU
DE	Germania	DA	NU
GH	Ghana	NU	NU
GI	Gibraltar	NU	NU
GR	Grecia	DA	NU
GD	Grenada	NU	NU
GL	Groenlanda	NU	NU
GP	Guadelupa	NU	NU
GU	Guam	NU	NU
GT	Guatemala	NU	NU
GN	Guineea	NU	NU
GW	Guineea-Bissau	NU	NU
GQ	Guineea Ecuatorială	NU	NU
GY	Guyana	NU	NU

GF	Guyana Franceză	NU	NU
HT	Haiti	NU	NU
HN	Honduras	NU	NU
IN	India	NU	DA
ID	Indonezia	NU	NU
CK	Insulele Cook	NU	NU
FK	Insulele Falkland (Malvine)	NU	NU
FO	Insulele Feroe	NU	NU
MP	Insulele Mariane	NU	NU
SB	Insulele Solomon	NU	NU
VG	Insulele Virgine Britanice	NU	NU
VI	Insulele Virgine SUA	NU	NU
WF	Insulele Wallis și Futuna	NU	NU
JO	Regatul Hașemit al Iordaniei	NU	DA
IR	Republica Islamică Iran	NU	NU
IQ	Irak	NU	NU
IE	Irlanda	DA	NU
IS	Islanda	DA	NU
PS	Autoritatea Palestiniană	NU	NU
IT	Italia	DA	NU
JM	Jamaica	NU	NU
JP	Japonia	NU	NU
KZ	Kazahstan	NU	NU
KE	Kenya	NU	NU
KG	Kârgâzstan	NU	NU
KI	Kiribati	NU	NU
XZ	Kosovo	NU	NU
KW	Kuwait	NU	DA
LA	Laos	NU	NU
LS	Lesotho	NU	NU
LV	Letonia	DA	NU
LB	Liban	NU	NU
LR	Liberia	NU	NU
LY	Libia	NU	NU
LI	Liechtenstein	DA	NU
LT	Lituania	DA	NU
LU	Luxemburg	DA	NU
GB	Marea Britanie	DA	NU

MO	Macao	NU	NU
MK	Macedonia	NU	DA
MG	Madagascar	NU	NU
MY	Malaysia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldive	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	NU
MH	Marshall (insule)	NU	NU
MQ	Martinica	NU	NU
MR	Mauritania	NU	NU
MU	Mauritius	NU	NU
MX	Mexic	NU	NU
FM	Micronezia (stat federal)	NU	NU
MD	Moldova	NU	DA
MC	Monaco	NU	NU
MN	Mongolia	NU	NU
MS	Montserrat	NU	NU
MZ	Mozambic	NU	NU
MM	Myanmar	NU	NU
NA	Namibia	NU	NU
NR	Nauru	NU	NU
NP	Nepal	NU	NU
NI	Nicaragua	NU	NU
NE	Niger	NU	NU
NG	Nigeria	NU	NU
NU	Insula Niue	NU	NU
NF	Insula Norfolk	NU	NU
NO	Norvegia	DA	NU
NC	Noua Caledonie	NU	NU
NZ	Noua Zeelandă	NU	NU
NL	Olanda	DA	NU
OM	Oman	NU	NU
PK	Pakistan	NU	NU
PW	Palau	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	DA

PH	Filipine	NU	NU
PN	Insulele Pitcairn, Henderson, Ducie și Oeno	NU	NU
PF	Polinezia Franceză	NU	NU
PL	Polonia	DA	NU
PR	Puerto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Qatar	NU	NU
KP	Coreea de Nord	NU	DA
RE	Reunion	NU	NU
RU	Rusia (federație)	NU	DA
RW	Rwanda	NU	NU
AS	Samoa (SUA)	NU	NU
WS	Samoa Occidentală	NU	NU
SM	San Marino	NU	NU
ST	Sao Tome și Principe	NU	NU
SA	Arabia Saudită	NU	NU
SN	Senegal	NU	NU
RS	Serbia	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Federația Saint Kitts și Nevis	NU	NU
LC	Saint Lucia	NU	NU
VC	Saint Vincent și Grenadinele	NU	NU
SL	Sierra Leone	NU	NU
SG	Singapore	NU	NU
SY	Siria	NU	DA
SK	Slovacia	DA	NU
SI	Slovenia	DA	NU
SO	Somalia	NU	NU
ES	Spania	DA	NU
LK	Sri Lanka	NU	NU
US	Statele Unite ale Americii	NU	NU
SD	Sudan	NU	NU
SE	Suedia	DA	NU
SR	Surinam	NU	NU
SZ	Swaziland	NU	NU
TJ	Tadjikistan	NU	NU
TH	Thailanda	NU	NU
TW	Taiwan	NU	NU

TZ	Tanzania	NU	NU
IO	Teritoriul Britanic din Oceanul Indian	NU	NU
TF	Teritoriile Australe și Antarctice Franceze	NU	NU
TG	Togo	NU	NU
TK	Tokelau	NU	NU
TO	Tonga	NU	NU
TT	Trinidad și Tobago	NU	NU
TN	Tunisia	NU	NU
TR	Turcia	NU	DA
TM	Turkmenistan	NU	NU
TV	Tuvalu	NU	NU
UG	Uganda	NU	NU
UA	Ucraina	NU	DA
HU	Ungaria	DA	NU
UY	Uruguay	NU	NU
UZ	Uzbekistan	NU	NU
VU	Vanuatu	NU	NU
VA	Vatican	NU	NU
VE	Venezuela	NU	NU
VN	Vietnam	NU	NU
YE	Yemen	NU	NU
ZM	Zambia	NU	NU
ZW	Zimbabwe	NU	NU
IL	Israel	NU	NU
ME	Munteșnegru	NU	DA