

**Hotărârea nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 872 alin. (3) și (4), art. 873 alin. (1) lit. d), art. 874 alin. (3) lit. b) și alin. (4), art. 876 alin. (1) lit. a) pct. (i) și alin. (2), art. 877 alin. (1) și art. 880 alin. (2) și (4) din titlul XVIII "Asistența medicală transfrontalieră" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1.

1 Se aprobă Normele metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2.

(1) 2 La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, dispozițiile art. 8 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009, cu modificările și completările ulterioare, precum și orice alte dispoziții contrare, se abrogă.

(2) Cererile înregistrate la casele de asigurări de sănătate până la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, pentru asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România care s-au deplasat într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical, se soluționează în vederea rambursării contravalorii serviciilor medicale de care au beneficiat, conform dispozițiilor legale în vigoare la data înregistrării cererilor la casele de asigurări de sănătate.

(3) Asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România care au primit tratament medical într-un stat membru al Uniunii Europene și nu au depus cerere de rambursare a contravalorii serviciilor medicale anterior intrării în vigoare a prezentei hotărâri au dreptul la rambursarea contravalorii serviciilor medicale de care au beneficiat, conform dispozițiilor legale în vigoare în ultima zi a intervalului în care asigurații au beneficiat de servicii medicale.

(4) Cererile pentru valorificarea dreptului prevăzut la alin. (3) pot fi înregistrate la casele de asigurări de sănătate începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, dar nu mai târziu de 31 decembrie 2014.

PRIM-MINISTRU  
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:  
Ministrul sănătății,  
Nicolae Băncicioiu  
Ministrul finanțelor publice,  
Ioana-Maria Petrescu  
Ministrul delegat pentru buget,  
Liviu Voinea  
Ministrul afacerilor externe,  
Titus Corlățean  
București, 16 aprilie 2014.

Nr. 304.

CAPITOLUL I

1

Asistența medicală ce face obiectul autorizării prealabile, condițiile de autorizare și termenul de răspuns la cererile de autorizare

Art. 1.

Tipul de asistență medicală ce face obiectul autorizării prealabile și criteriile ce trebuie îndeplinite în vederea obținerii autorizării prealabile:

Nr. crt.	Tipul de asistență medicală ce face obiectul autorizării prealabile	Criterii de îndeplinit pentru obținerea autorizării prealabile	
	1.	PET-CT în regim ambulatoriu	Bilet de trimitere însoțit de decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
	2.	Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore - pentru următoarele tipuri de tratament: a) implant sau înlocuire de defibrilator cardiac; b) endoprotezare articulară tumorală; c) implant segmentar de coloană; d) bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive; e) nașterea	Nu poate fi acordat de nicio unitate sanitară cu paturi într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția probabilă a bolii asiguratului și deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de tratament medical. În acest caz se va prezenta un raport medical întocmit de un medic dintr-un spital clinic sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România. Modelul raportului medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere este prevăzut în anexa nr. 1.
	3.	Medicamente în tratamentul ambulatoriu pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate	Prescripția medicală - componenta prescriere a prescripției medicale electronice, în copie, însoțită de documentul de aprobare a comisiilor de experți de la nivelul Casei

		Naționale de Asigurări de Sănătate
--	--	------------------------------------

#### Art. 2.

(1) În vederea obținerii autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere, asiguratul, un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau o persoană împuternicită de acesta va depune la casa de asigurări de sănătate unde este luat în evidență asiguratul o cerere însoțită de:

- a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere;
- b) confirmarea scrisă din partea furnizorului de servicii medicale din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistență medicală transfrontalieră, cu privire la disponibilitatea acestuia de a acorda respectiva asistență medicală transfrontalieră în perioada indicată de persoana solicitantă - pentru situațiile prevăzute la art. 1 nr. crt. 1 și 2;
- c) document eliberat de punctul național de contact pentru asistență medicală transfrontalieră din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistență medicală transfrontalieră, din care să rezulte că furnizorul de servicii medicale prevăzut la lit. b) nu generează preocupări serioase și specifice legate de respectarea standardelor și a orientărilor privind calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților, inclusiv dispoziții privind supravegherea;
- d) documentele prevăzute la art. 1, după caz.

(2) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

- a) verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante;
- b) analizează documentele prevăzute la alin. (1);
- c) dacă constată îndeplinirea condițiilor prevăzute la lit. a) și b), eliberează autorizația prealabilă pentru rambursarea asistenței medicale transfrontaliere, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2, în termen de 5 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii;
- d) dacă constată neîndeplinirea oricăreia dintre condițiile prevăzute la lit. a) și b), cererea de autorizare prealabilă pentru rambursarea asistenței medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 5 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal.

(3) Termenul maxim de valabilitate a autorizației prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere se stabilește conform prevederilor din anexa nr. 2 și reprezintă intervalul maxim de timp în care asiguratul se poate prezenta la furnizorul de servicii medicale din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistență medicală transfrontalieră.

(4) Casele de asigurări de sănătate își organizează evidența autorizațiilor prealabile. Autorizațiile prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere se emit de către casele de asigurări de sănătate în două exemplare, din care un exemplar rămâne la nivelul casei de asigurări de sănătate, iar cel de-al doilea exemplar se pune la dispoziția asiguratului.

## CAPITOLUL II

Metodologia de rambursare a prețurilor/tarifelor reprezentând contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv nivelul acestora

Art. 3.

(1) La solicitarea scrisă a asiguratului, a unui membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau a unei persoane împuternicite de acesta, însoțită de documente justificative traduse în limba română de către un traducător autorizat, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la art. 4, dacă:

a) serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale se regăsesc printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislației asigurărilor sociale de sănătate și sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu excepția:

(i) tratamentului bolnavilor care necesită izolare sau internare obligatorie și tratamentului persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar spital;

(ii) îngrijirilor medicale la domiciliu și îngrijirilor paliative la domiciliu;

(iii) alocării de organe și accesului la organe în scopul transplantului de organe;

(iv) cu excepția cap. V din titlul XVIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, programelor de vaccinare a populației împotriva bolilor infecțioase, care sunt exclusiv menite să protejeze sănătatea populației și care fac obiectul unor măsuri specifice de planificare și implementare;

(v) tipurilor de asistență medicală prevăzute la art. 1 acordate într-un stat membru al Uniunii Europene și pentru care nu există autorizare prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere;

(vi) medicamentelor ce fac obiectul unei prescripții medicale speciale, astfel cum se prevede la art. 781 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;

b) sunt respectate următoarele criterii de eligibilitate:

(i) serviciile medicale spitalicești au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unui bilet de internare, cu excepția situațiilor care se încadrează în criteriile care permit internarea fără bilet de internare prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

(ii) medicamentele în tratamentul ambulatoriu au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unei prescripții medicale în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică;

(iii) dispozitivele medicale în tratamentul ambulatoriu au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unei prescripții medicale și pentru care casa de asigurări de sănătate a emis o decizie de aprobare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Prin documente justificative prevăzute la alin. (1) se înțelege orice document medical, inclusiv biletul de internare, prescripția medicală pentru medicamente și dispozitive medicale - în copie, din care rezultă că asiguratul a beneficiat de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale,

datat și asumat de către cadrul medical care l-a acordat, precum și documente de plată din care să rezulte că serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale au fost achitate integral de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare serviciu medical, medicament, dispozitiv medical, inclusiv data achitării acestora.

(3) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

a) verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante;

b) analizează dacă din documentele justificative rezultă îndeplinirea prevederilor alin. (1);

c) analizează documentele de plată din punctul de vedere al clarității conținutului; în situația în care există neclarități în ceea ce privește conținutul documentelor de plată, casele de asigurări de sănătate se adresează punctului național de contact din România. Punctul național de contact din România se adresează punctului național de contact din statul membru al Uniunii Europene în care s-a întocmit documentul de plată în vederea clarificării conținutului documentului respectiv.

(4) Dacă sunt îndeplinite prevederile alin. (3), casa de asigurări de sănătate întocmește nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3.

(5) După întocmirea notei de calcul prevăzute la alin. (4), casa de asigurări de sănătate va solicita Casei Naționale de Asigurări de Sănătate alocarea de prevederi bugetare utilizând modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în anexa nr. 4.

(6) Rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere se efectuează de către casa de asigurări de sănătate care a întocmit solicitarea de acordare de prevedere bugetară, în lei, în termen de maximum 60 de zile de la data alocării de prevedere bugetară.

(7) Rambursarea nu trebuie să depășească contravaloarea în lei a asistenței medicale transfrontaliere achitate de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, la cursul Băncii Naționale a României din data efectuării plății, comparând tariful achitat cu nivelul stabilit pentru rambursare conform prevederilor art. 4, distinct pentru fiecare serviciu medical/medicament/dispozitiv medical. Cursul Băncii Naționale a României este stabilit de către Banca Națională a României în fiecare zi bancară. Acest curs este valabil pentru ziua următoare, implicit pentru toate tranzacțiile ce urmează a fi făcute în ziua următoare.

(8) În situația în care casa de asigurări de sănătate constată neîndeplinirea prevederilor alin. (3), cererea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 30 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal. În situația în care casa de asigurări de sănătate s-a adresat, în acest interval de timp, punctului național de contact din România pentru clarificarea conținutului documentelor de plată, aceasta va comunica în scris solicitantului acest fapt în termen de 3 zile lucrătoare de la formularea solicitării către punctul național de contact din România, dar nu mai târziu de 30 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii de rambursare. În situația în care după primirea răspunsului de la punctul național de contact din România se constată neîndeplinirea prevederilor alin. (3), cererea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului de la punctul național de contact din România, cu indicarea temeiului legal.

Art. 4.

(1) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere prevăzute la art. 3 alin. (1) se stabilește după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitivele în ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife, procent din tarife, prețuri de referință, sume de închiriere, sume corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețurilor de referință, prețuri de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare la care se adaugă TVA, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului de către asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta.

Pentru medicamentele de care au beneficiat asigurații în cadrul asistenței medicale transfrontaliere și care nu sunt cuprinse în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale, dar ale căror denumiri comune internaționale sunt prevăzute a fi decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, rambursarea se realizează astfel:

(i) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz;

(ii) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;

(iii) la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă;

(iv) la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;

b) servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă:  $ICM \times TCP$ , unde ICM este cel mai mare indice de case-mix dintre toate ICM-urile aferente spitalelor din România, iar TCP este tariful pe caz ponderat al spitalului cu cel mai mare indice de case-mix, prevăzute în actele normative care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical; serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă;

c) servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe caz rezolvat: o treime din suma rezultată în urma aplicării procedurii prevăzute la lit. b); serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale;

d) servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe serviciu: tariful maximal prevăzut de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical.

(2) În cazul în care achitarea serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale a fost efectuată în mai multe tranșe, nivelul de rambursare se va stabili considerând ca dată a efectuării plății data ultimei tranșe.

(3) Nu se suportă alte costuri, cum ar fi contravaloarea serviciilor de cazare și de călătorie suportate de persoanele asigurate, precum și costuri suplimentare suportate de persoanele cu handicap din cauza unuia sau a mai multor handicapuri atunci când beneficiază de asistență medicală transfrontalieră.

Art. 5.

Anexele nr. 1-4 fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

### CAPITOLUL III

#### Dispoziții finale

Art. 6. 2

Dosarul medical prevăzut la art. 872 alin. (3) și (4) din titlul XVIII al Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, conține toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor efectuate, diagnosticul și tratamentul acordat și se transmite cu respectarea prevederilor Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

Art. 7. 1

(1) 1 Furnizorii de servicii medicale care își desfășoară activitatea pe teritoriul României sunt obligați să acorde asistență medicală transfrontalieră în mod nediscriminatoriu din motive de naționalitate tuturor pacienților din celelalte state membre ale Uniunii Europene.

(2) 1 Prin excepție de la alin. (1), în situația în care un furnizor de servicii medicale nu are capacitatea și resursele necesare să acopere volumul serviciilor medicale solicitate, existând liste de prioritate, se va asigura cu prioritate accesul la asistență medicală pacienților cetățeni români.

Art. 8. 1

(1) În cazul în care o prescripție este emisă în statul membru în care se efectuează tratamentul pentru medicamente sau dispozitive medicale disponibile în România și în cazul în care se solicită eliberarea prescripției în România, se va asigura continuitatea tratamentului. În acest sens, documentul medical emis de către medicul din statul membru în care se efectuează tratamentul care a eliberat și prescripția constituie documentul cu care pacientul se prezintă ulterior la un medic având aceeași specialitate cu cel din statul membru în care se efectuează tratamentul, în vederea evaluării schemei terapeutice în scopul menținerii sau modificării acesteia în funcție de starea pacientului la momentul prezentării, respectiv monitorizării medicale, dacă se dovedește a fi necesar acest lucru.

(2) În situația în care pacientul, persoană asigurată, dorește continuarea tratamentului în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, acesta trebuie să se prezinte la un medic care își desfășoară activitatea la un furnizor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În acest caz prima prezentare la medic se face cu documentul prevăzut la alin. (1), fără a fi necesar biletul de trimitere către alte specialități sau în vederea internării. Serviciile medicale necesare ulterior se acordă în condițiile reglementate de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și de normele metodologice de aplicare a acestuia, respectiv de hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și de normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ANEXA Nr. 1

1

la normele metodologice

Număr de înregistrare în unitatea sanitară . . . . . din data . . . . .

AVIZAT

Casa de asigurări de sănătate

Medic-șef

(data, semnătura, ștampila)

RAPORT

medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere

1. Medicul .....(numele și prenumele), medic specialist în specialitatea ....., secția .....  
....., din Spitalul Clinic/Județean .....

2. Pacientul .....  
(numele și prenumele) , CNP .....  
..... , cu domiciliul .....

3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data de .....

4. A fost internat cu ultima Foaie de observație nr. ....

5. A fost diagnosticat cu .....

6. Prezentarea unui scurt istoric al afecțiunilor și al tratamentelor efectuate: .....

7. Tipul de asistență medicală recomandat\*):

\*) Se bifează tipul de asistență medicală recomandat.

- Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac
- Endoprotezare articulară tumorală
- Implant segmentar de coloană
- Bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive
- Nașterea

În contextul prezentat consider că pacientul poate beneficia de asistență medicală transfrontalieră, deoarece:

a) nu poate fi acordată de nicio unitate sanitară cu paturi din România într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția probabilă a bolii asiguratului (se explicitează și se argumentează motivele pentru care serviciul solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util):

.....  
.....



.....  
.....;

b) deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de tratament medical (se explicitează și se argumentează):

.....  
.....;

La prezentul raport medical se atașează următoarele înscrisuri\*\*) medicale care susțin tipul de asistență medicală recomandat:

\*\*) Înscrisurile medicale trebuie să fie datate, semnate și ștampilate.

.....  
.....  
.....

Prezentul raport se întocmește de către un medic dintr-un spital clinic/județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

#### 8. Întocmit de - MEDIC

Nume ..... Semnătură și parafă .....  
.....

#### 9. Pentru conformitate - ȘEF SECȚIE

Nume ..... Semnătură și parafă .....  
.....

#### 10. Pentru avizare - MANAGER SPITAL

Nume .....

Semnătură și ștampila spitalului  
.....

#### NOTĂ:

Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.

OBSERVAȚII (se motivează refuzul avizării de către medicul-șef al casei de asigurări de sănătate):

#### ANEXA Nr. 2

1

la normele metodologice

#### AUTORIZAȚIA PREALABILĂ

pentru rambursarea asistenței medicale transfrontaliere,

nr. .... din data .....

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu  
sediul în ....., prin reprezentantul său legal, .....  
....., președinte-director general, autorizează rambursarea contravalorii asistenței  
medicale transfrontaliere pentru asiguratul .....  
.....(numele și prenumele), CNP .....  
....., cu domiciliul .....  
....., conform cererii de autorizare nr. .... din data de .....

Tipul\*) de asistență medicală transfrontalieră pentru care se acordă autorizarea este:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\*) Se completează tipul de asistență medicală conform art. 1 alin. (1) din Normele metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. ....

În cazul medicamentelor se completează denumirea comună internațională conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Termenul maxim de valabilitate al autorizației este de la data prezentei ..... și reprezintă intervalul maxim de timp în care asiguratul se poate prezenta la furnizorul de servicii medicale din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistență medicală transfrontalieră.

\*\*)

1. Pentru PET-CT și medicamente termenul maxim de valabilitate este termenul maxim de valabilitate a deciziei de aprobare emise de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2. Pentru celelalte tipuri de asistență medicală care fac obiectul autorizării prealabile, termenul maxim de valabilitate este de 30 de zile.

Președinte-director general,  
.....  
ANEXA Nr. 3  
1  
la normele metodologice  
Casa de Asigurări de Sănătate .....

Nr. .... /data .....

Aprobat  
Președinte-director general  
NOTĂ DE CALCUL  
privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere

Numele și prenumele asiguratului .....

CNP/CID asigurat .....

Statul membru UE în care a fost acordată asistența medicală transfrontalieră .....

Serviciul medical/ Medicamentele/ Dispozitivele medicale	Data acordării/ eliberării	Numărul și data documentului de plată	Valoarea achitată în valuta statului membru UE	Contravaloarea în lei a sumei achitate (lei)	Nivelul tarifelor/prețurilor în România (lei)	Valoarea de rambursat (lei)	Observații
Medic-șef, ..... .....			Director relații contractuale, ..... ..... ..... ..... ..... .....				
			Întocmit ..... .....				

ANEXA Nr. 4  
la normele metodologice  
Casa de Asigurări de Sănătate .....

Nr. .... din data .....

SOLICITARE  
pentru acordare de prevedere bugetară

Vă rugăm să aprobați majorarea bugetului Casei de Asigurări de Sănătate .....  
..... cu suma de ..... lei, pentru a putea efectua plățile conform  
prevederilor din anexa la Hotărârea Guvernului nr. .... pentru aprobarea Normelor metodologice  
privind asistența medicală transfrontalieră.

Această sumă este necesară pentru efectuarea plății sumei de ..... lei asiguratului .....  
..... pentru asistența medicală transfrontalieră de care a beneficiat acesta în țara ...  
....., conform Notei de calcul nr. .... din data de .....  
....., anexată la prezenta.

În acest sens s-a primit solicitarea scrisă a asiguratului însoțită de documentele justificative,  
conform prevederilor legale în vigoare.

Menționăm că s-au parcurs toate procedurile conform prevederilor legale în vigoare și  
documentația existentă la sediul nostru îndeplinește toate condițiile de realitate, legalitate și  
regularitate pentru efectuarea plății.

Președinte-director general,  
..... Director executiv economic,  
.....