

Ordinul nr. 493/198/2015 pentru modificarea și completarea Ordinului 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

În vigoare de la 30.04.2015

Nr. 493/198

Ministerul Sănătății

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. N.B. 9.312 din 21 aprilie 2015 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 583 din 3 aprilie 2015;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015,

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:

Art. I.

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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 385 din 1 iunie 2011, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 1, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

"

(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."

2. Articolul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Art. 2.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înserierea 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."

3. La articolul 3, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (11), cu următorul cuprins:

"

(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."

4. La articolul 3, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (21), cu următorul cuprins:

"

(21) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (11) este obligatorie pentru toți medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate."

5. Articolul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

"

Art. 4.

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

6. După anexa nr. 1e se introduce o nouă anexă, anexa nr. 1f, al cărei cuprins este prevăzut în anexa nr. 1, care face parte integrantă din prezentul ordin.

7. În anexa nr. 2, la litera C, secțiunea "Câmpul 2 - «Date identificare asigurat»", litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

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

8. În anexa nr. 2, la litera C, secțiunea "Câmpul 2 - «Date identificare asigurat»", litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

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."

9. În anexa nr. 2, la litera C, după secțiunea "Câmpul 2 - «Date identificare asigurat»" se introduce o notă, cu următorul cuprins:

"

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 prevăzută 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."

10. În anexa nr. 2, la litera C, secțiunea "Câmpul 3 - «Cod diagnostic»", punctul (ii), după notă se introduce o nouă notă, cu următorul cuprins:

"

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."

11. După anexa nr. 2 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 2a, al cărei cuprins este prevăzut în anexa nr. 2, care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II.

Până la tipărirea formularelor biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul prevăzut în anexa nr. 1f la 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 din asistența medicală primară, pentru recomandarea serviciilor medicale paraclinice - 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, care nu se decontează de către casele de asigurări de sănătate, se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1 la 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 - dar nu mai târziu de data de 30 iunie 2015.

Art. III.

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu luna aprilie 2015.

Ministrul sănătății,

Nicolae Băncioiu Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Vasile Ciurchea

ANEXA Nr. 1

(Anexa nr. 1f la Ordinul nr. 868/542/2011)

BILET 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

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 trimiterii" - 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.