

Ordin nr. 868 din 31/05/2011

Versiune consolidată la data de: 01/05/2013

Ordin 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

Tip	Data
Publicat	01/06/2011;
Consolidări în 2012	03/07/2012;
Consolidări în 2013	01/04/2013; 01/05/2013;

! Text actualizat la data de 01.05.2013. Actul include modificările din următoarele acte:

- Ordinul [nr. 1776/2011](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 941 din 30/12/2011.
- Ordinul [nr. 681/2012](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 441 din 03/07/2012.
- Ordinul [nr. 511/2013](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 238 din 25/04/2013.
- Ordinul [nr. 691/2013](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 295 din 23/05/2013.

Nr. 868/542

Ministerul Sănătății
Casa Națională de Asigurări de Sănătate

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:

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, angiografie și PET-CT se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d și 1e, după caz.

Alineatul (2) a fost modificat prin punctul 1. din Ordin [nr. 511/2013](#) începând cu 01.04.2013.

(3) Până la tipărirea formularelor de bilete de trimitere pentru recomandarea investigației paraclinice de înaltă performanță PET-CT în formatul prevăzut în anexa nr. 1e și a achiziționării acestora de către furnizorii de servicii medicale, pentru recomandarea investigației PET-CT se va utiliza biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special utilizat pentru recomandarea serviciilor de înaltă performanță CT, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1b), dar nu mai târziu de 31 iulie 2013, inclusiv.

Alineatul (3) a fost introdus prin linia din Ordin [nr. 691/2013](#) începând cu 01.05.2013.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (3), medicul care face recomandarea de PET-CT va completa, pe verso-ul biletului de trimitere, observațiile speciale legate de pacient prevăzute la câmpul 4 pct. 4.5 lit. b)-g) din anexa nr. 1e), aplicând totodată semnătura și parafa.

Alineatul (4) a fost introdus prin linia din Ordin [nr. 691/2013](#) începând cu 01.05.2013.

Art. 2. - Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuția, 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 1e.

Art. 2. a fost modificat prin punctul 2. din Ordin [nr. 511/2013](#) începând cu 01.04.2013.

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.

(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 și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

Art. 4. - Anexele nr. 1, 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 2 și 3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 4. a fost modificat prin punctul 3. din Ordin [nr. 511/2013](#) începând cu 01.04.2013.

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.

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

ANEXA Nr. 1*

BILET DE TRIMITERE
pentru investigații paraclinice decontate de CAS

COD DE BARE

SERIE.....NR.....

1. Unitate medicală		Nivel de prioritate	
CUI	<input type="checkbox"/> MF	Urgență <input type="checkbox"/>	
Sediu (localitate, str., nr.)	<input type="checkbox"/> Amb.	Curente <input type="checkbox"/>	
Județul	Spec.:		
Casa de asigurări	<input type="checkbox"/> Altele		
Nr. Contract/Convenție			
2. Date identificare asigurat			
Asigurat la CAS:	RC:	<input type="checkbox"/> Salarist	<input type="checkbox"/> Veteran
Nume		<input type="checkbox"/> Co-asigurat	<input type="checkbox"/> Revolutionar
Prenume		<input type="checkbox"/> Liber profesionist	<input type="checkbox"/> Handicap
Adresa		<input type="checkbox"/> Copil (<18 ani)	<input type="checkbox"/> PNS
		<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/Student	<input type="checkbox"/> Ajutor social
		(18-26 ani)	<input type="checkbox"/> Șomaj
		<input type="checkbox"/> Gravidă/Lehuză	<input type="checkbox"/> Card European(CE)
		<input type="checkbox"/> Pensionar	<input type="checkbox"/> Acorduri internaționale
		<input type="checkbox"/> Alte categorii	
CNP/CE/PASS	<input type="text"/>	Cetățenia	<input type="checkbox"/>
COD CARD ASIGURAT	<input type="text"/>		
3. Cod diagnostic			
<input type="text"/>	Diagnostic	P	A/S C
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data trimiterii	Semnătura medicului	Cod parafă <input type="text"/>	L.S.
Data reconfirmării	Semnătura medicului	Cod parafă <input type="text"/>	L.S.
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	1) Asistat cardiorespirator	DA/NU	
b) Cooperare prezisibilă ... Normală/Dificilă	m) Antecedente alergice	DA/NU	
c) Astm bronșic	n) Crize epileptice	DA/NU	
d) Suspiciune de sarcină	o) Claustrofobie	DA/NU	
e) Valve cardiace, ventriculare.....	p) Proteze auditive	DA/NU	
f) Dispozitive intrauterine	r) Materiale stomatologice	DA/NU	
g) Alte proteze	s) Corpi străini intraocular ...	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) Clipuzi chirurgicale, materiale metalice de sutură		DA/NU	
PREZENTA 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. Pacientul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la un furnizor de servicii medicale paraclinice în termen de ..zile de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice! În caz contrar, biletul își pierde valabilitatea.			

*) Anexa nr. 1a este reprodusă în facsimil.

ANEXA Nr. 1b*)

BILET DE TRIMITERE
 pentru investigații paraclinice decontate de CAS
 Servicii de înaltă performanță - CT

INSTRUCȚIUNI

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

Ministerul Sănătății

Instrucțiuni din 31/05/2011
Versiune consolidată la data de: 01/04/2013

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

Tip	Data
Publicat	01/06/2011;
Consolidări în 2012	01/01/2012; 03/07/2012;
Consolidări în 2013	01/04/2013;

! Text actualizat la data de 01.04.2013. Actul include modificările din următoarele acte:

- Ordinul [nr. 1776/2011](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 941 din 30/12/2011.
- Ordinul [nr. 681/2012](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 441 din 03/07/2012.
- Ordinul [nr. 511/2013](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 238 din 25/04/2013.

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, 1d și 1e 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. 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.

Punctul 1. a fost modificat prin punctul 5. din Ordin [nr. 511/2013](#) începând cu 01.04.2013.

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, cât 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 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate împreună cu factura și desfășurătorul activității prestate (în format electronic și pe suport hârtie).

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 3, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 3), 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, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene;

- 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;

Linia a fost modificată prin punctul 1. din Ordin [nr. 681/2012](#) începând cu 03.07.2012.

d) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, adresa completă);

e) "CNP, CE, PASS" - se completează codul numeric personal/codul unic de asigurare, după caz al pacientului/numărul cardului european/numărul pașaportului, astfel:

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

Linia a fost modificată prin punctul 4. din Ordin [nr. 681/2012](#) începând cu 03.07.2012.

- pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se vor completa toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate;

- pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se va completa: numărul pașaportului pentru beneficiarii formularelor europene, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate pentru titularii de card european;

Linia a fost modificată prin punctul 2. din Ordin [nr. 681/2012](#) începând cu 03.07.2012.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția din nomenclatorul de țări prevăzut în anexa nr. 3 la ordin.

Litera e) a fost modificată prin punctul 4. din Ordin [nr. 681/2012](#) începând cu 03.07.2012.

Câmpul 3 - "Cod diagnostic":

- se vor completa căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului sau diagnosticelor cunoscute ori prezumtive pentru care se recomandă investigațiile;

- 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, pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia;

Linia a fost modificată prin punctul 1. din Ordin [nr. 1776/2011](#) începând cu 01.01.2012.

- "Data trimerii" - se va specifica data trimerii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate;

- "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;

- "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 trimerii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate, medicul fiind obligat să completeze toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere;

- "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 toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a reconfirmat biletul de trimitere pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă, pe toate cele 3 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 ambele exemplare ale biletului 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 substanța de contrast.

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

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. Se va completa cu numărul deciziei de aprobare emise de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Serviciul medical de înaltă performanță PET-CT se efectuează și decontează numai dacă biletul de trimitere este însoțit de decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Deciziile de aprobare emise de către comisia de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate anterior lunii aprilie 2013 sunt recunoscute pe perioada de valabilitate a acestora, atât la nivelul furnizorilor de investigații paraclinice în vederea efectuării PET-CT, cât și de casele de asigurări de sănătate în vederea decontării.

4.4. «Examen PET-CT anterior: Da/Nu» - se va bifa de către medicul care face recomandarea căsuța «Da», dacă s-a efectuat examen PET-CT în antecedente, respectiv căsuța «Nu», dacă nu s-a efectuat examen PET-CT 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;

Linia a fost introdusă prin punctul 6. din Ordin [nr. 511/2013](#) începând cu 01.04.2013.

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.

Câmpul 7 - "Pacientul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la un furnizor de servicii medicale paraclinice în termen de ... zile de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice! În caz contrar, biletul își pierde valabilitatea."

- se va consemna de către medicul care face recomandarea numărul maxim de zile calendaristice, de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, pe care pacientul le are la dispoziție pentru a se programa la un furnizor de servicii medicale paraclinice.

Câmpul 8 - "Date care necesită a fi înscrisurate 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, consemnând pe versoul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiteria biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la unul dintre furnizori; în caz contrar biletul de trimitere își pierde valabilitatea. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor asiguratul va declara pe propria răspundere pe verso-ul celor două exemplare ale biletului de trimitere că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Paragraful a fost modificat prin punctul 2. din Ordin [nr. 1776/2011](#) începând cu 01.01.2012.

ANEXA Nr. 3

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 și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivele 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	Andora	NU	NU
AO	Angola	NU	NU
AI	Anguilla	NU	NU
AG	Antigua și Barbuda	NU	NU
AN	Antilele Olandeze (Bonair)	NU	NU
AR	Argentina	NU	NU
AM	Armenia	NU	DA
AW	Aruba	NU	NU
SH	Ascension, Sf. Elena, Tristan Da Cunha	NU	NU
AU	Australia	NU	NU
AT	Austria	DA	NU
AZ	Azerbaidjan	NU	DA
BS	Bahamas	NU	NU
BH	Bahrain	NU	NU
BD	Bangladesh	NU	NU
BB	Barbade	NU	NU
BY	Belarus	NU	NU
BE	Belgia	DA	NU
BZ	Belize	NU	NU
BJ	Benin	NU	NU
BM	Bermude	NU	NU
BO	Bolivia	NU	NU
BA	Bosnia-Herțegovina	NU	DA
BW	Botswana	NU	NU
BR	Brazilia	NU	NU
BN	Brunei Darussalam	NU	NU
BG	Bulgaria	DA	NU
BF	Burkina Faso	NU	NU
BI	Burundi	NU	NU

BT	Butan	NU	NU
KH	Cambodgia	NU	NU
CM	Camerun	NU	NU
CA	Canada	NU	NU
SP	Insulele Canare	NU	NU
CV	Capul Verde	NU	NU
KZ	Cayman (Insule)	NU	NU
CZ	Cehia	DA	NU
CF	Republica Centraficană	NU	NU
CL	Chile	NU	NU
CN	China	NU	DA
TD	Ciad	NU	NU
CZ	Cipru	DA	NU
CI	Coasta de Fildes	NU	NU
CO	Columbia	NU	NU
YT	Mayotte	NU	NU
PM	Saint Pierre și Miquelon	NU	NU
KM	Comore	NU	NU
CG	Congo	NU	NU
KR	Coreea de Sud	NU	NU
CR	Costa Rica	NU	NU
HR	Croația	NU	DA
CU	Cuba	NU	DA
DK	Danemarca	DA	NU
DJ	Djibuti	NU	NU
DM	Dominica	NU	NU
DO	Republica Dominicană	NU	NU
EC	Ecuador	NU	NU
EG	Egipt	NU	DA
SV	El Salvador	NU	NU
CH	Elveția	NU	NU
AE	Emiratele Arabe Unite	NU	NU
ER	Aritreea	NU	NU
EE	Estona	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fidji	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
HK	Hong Kong	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	Iordania	NU	DA
IR	Iran	NU	NU

IQ	Iraq	NU	NU
IE	Irlanda	DA	NU
IS	Islanda	DA	NU
IL	Israel, Autoritatea Palestiniană	NU	NU
IT	Italia	DA	NU
JM	Jamaica	NU	NU
JP	Japonia	NU	NU
KZ	Kazahstan	NU	NU
KE	Kenia	NU	NU
KG	Kîrgîzîstan	NU	NU
KI	Kiribati	NU	NU
XZ	Kosovo	NU	NU
KW	Kuweit	NU	NU
LA	Lao	NU	NU
LS	Lesoto	NU	NU
LV	Letonia	DA	NU
LB	Liban	NU	DA
LR	Liberia	NU	NU
LY	Libia	NU	DA
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	Malaezia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldive	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	DA
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	Monserat	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	Niue Island	NU	NU
NF	Norfolk (Insule)	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	DA
PW	Palaos	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	DA
PH	Philippines	NU	NU
PN	Pitcairn, Henderson, Duci	NU	NU
PF	Polinezia Franceză (inclusiv)	NU	NU
PL	Polonia	DA	NU
PR	Porto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Quatar	NU	NU
KP	Koreea de Nord	NU	DA
RE	Reunion	NU	NU
RO	România	NU	NU

RU	Rusia (Fed)	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	Saudi Arabia	NU	NU
SN	Senegal	NU	NU
CS	Serbia și Muntenegru	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Sf. Christophe (Sf. Kitts)	NU	NU
LC	Sf. Lucia	NU	NU
VC	Sf. Vincent și Grenadine	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
TP	Timor Oriental	NU	NU
TG	Togo	NU	NU

TK	Tokelau	NU	NU
TO	Tonga	NU	NU
TT	Trinidad și Tobago	NU	NU
TN	Tunisia	NU	DA
TR	Turcia	NU	DA
TM	Turkmenistan	NU	NU
TC	Turques și Caiques	NU	NU
TV	Tuvalu	NU	NU
UG	Uganda	NU	NU
UA	Ukraina	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