

Normă metodologică din 23/04/2008

Versiune actualizata pana la data de: 01/07/2012

privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală

Fișa actului

Acțiune	Act	Data acțiune	Titlu act
Aprobat de	Ordin nr. 302 din 10/04/2008	12/05/2008	privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără...
Aprobat de	Ordin nr. 832 din 23/04/2008	12/05/2008	privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără...
Face parte din	Ordin nr. 302 din 10/04/2008	12/05/2008	privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără...
Face parte din	Ordin nr. 832 din 23/04/2008	12/05/2008	privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără...

!Text actualizat la data de 01.07.2012. Actul include modificările din următoarele acte:

- Ordinul [nr. 1217/2008](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 493 din 02/07/2008.
- Ordinul [nr. 1604/2008](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 712 din 20/10/2008.
- Ordinul [nr. 223/2009](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 123 din 27/02/2009.
- Ordinul [nr. 419/2009](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 211 din 01/04/2009.
- Ordinul [nr. 681/2009](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 429 din 24/06/2009.
- Ordinul [nr. 129/2011](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 141 din 24/02/2011.
- Ordinul [nr. 870/2011](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 385 din 01/06/2011.
- Ordinul [nr. 680/2012](#) publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 438 din 02/07/2012.

CAPITOLUL I

1. Până la data prevăzută în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, respectiv în normele tehnice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate, în situații justificate, prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală se poate face pe formularul cu regim special, prevăzut în anexa nr. 1 la ordin, de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a prescrie în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Face excepție prescrierea medicamentelor stupefiante și psihotrope prevăzute în Hotărârea Guvernului [nr. 1.915/2006](#) pentru aprobarea **Normelor** metodologice de aplicare a prevederilor Legii [nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările ulterioare.

Prin derogare de la prevederile de mai sus, în prescripția medicală întocmită distinct pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinotratat se prescriu și testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinotratat, în condițiile hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularele de prescripție medicală utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt: formularul de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală prevăzut în anexa nr. 1 la ordin; formularul de prescripție medicală electronică prevăzut în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală; formularele de prescripții pentru medicamentele stupefiante și psihotrope prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1.915/2006, cu modificările ulterioare.

Utilizarea altor formulare pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală atrage răspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozițiile legale.

Punctul 1. a fost modificat prin punctul 2. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

2. Se interzic:

a) emiterea prescripțiilor medicale conținând medicamente care se eliberează cu și fără contribuție personală de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale/convenții cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale;

b) emiterea prescripțiilor medicale conținând medicamente care se eliberează compensat 100% din prețul de referință sau prețul de decontare altor categorii de asigurați decât cele prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

c) emiterea de către unitățile spitalicești, pentru asigurați, pe timpul internării acestora, a prescripțiilor medicale cu și fără contribuție personală.

Litera c) a fost modificată prin punctul 3. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

Litera b) a fost modificată prin punctul 1. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

3. Durata pentru care se pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală este cea prevăzută în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

4. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală se pot elibera de către orice farmacie care, la data eliberării prescripției medicale, se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, respectiv de către farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul bolnavilor cuprinși în unele programe de sănătate cu scop curativ, conform hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Punctul 4. a fost modificat prin punctul 3. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

Punctul 3. a fost modificat prin punctul 1. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

5. Pe același formular de prescripție pot fi cuprinse denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, din toate sublistele A, B și C, 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 [sublista B - mai puțin DCI-urile prescrise cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; mai puțin DCI-urile prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună; secțiunea C1 - mai puțin DCI-urile prescrise în bolile cronice cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; secțiunea C2 - mai puțin DCI-urile prescrise în diabet zaharat, afecțiuni oncologice, stări posttransplant și unele boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7); secțiunea C3].

Punctul 5. a fost modificat prin punctul 10. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

6. Se va întocmi o prescripție distinctă pentru fiecare dintre următoarele situații:

6.1. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat); astfel, se va întocmi câte o prescripție distinctă pentru fiecare dintre situațiile următoare: tratamentul cu antidiabetice orale (ADO), tratamentul cu insuline + teste de automonitorizare, tratamentul mixt (ADO + insuline) + teste de automonitorizare;

Subpunctul 6.1. a fost modificat prin punctul 5. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

6.2. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P3 - Programul național de oncologie);

Subpunctul 6.2. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

6.3. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu stare posttransplant (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană);

Subpunctul 6.3. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

6.4. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate cu scop curativ pentru care eliberarea se face prin farmaciile cu circuit închis ale spitalelor, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (pentru fiecare program DCI-urile corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor fac obiectul unei prescripții distincte);

6.5. Abrogat prin punctul 4. din Ordin [nr. 1604/2008](#) începând cu 20.10.2008.

Subpunctul 6.4. a fost modificat prin punctul 1. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

6.5¹. Abrogat prin punctul 4. din Ordin [nr. 1604/2008](#) începând cu 20.10.2008.

6.6. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nominalizate pe sublista B; DCI-uri pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescrise în cadrul tratamentului următoarelor grupe de boli cronice: hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV - (G4), ciroză hepatică - (G7), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine - (G22), boala Gaucher - (G29), boala cronică inflamatorie intestinală - G31a, poliartrita reumatoidă - (G31b), artropatia psoriazică - (G31c), spondilita ankilozantă - (G31d), artrita juvenilă - (G31e), psoriazis cronic sever (plăci) - (G31f), DCI-uri nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu completările ulterioare;

Subpunctul 6.6. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

6.7. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii;

Subpunctul 6.7. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

6.8. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual;

Subpunctul 6.8. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

6.9. DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7);

Subpunctul 6.9. a fost modificat prin punctul 10. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

6.10. DCI-uri din cadrul sublistei B, prescrise în regim de compensare 90% din prețul de referință pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

Subpunctul 6.10. a fost modificat prin alineatul din Ordin [nr. 681/2009](#) începând cu 01.07.2009.

7. Prezența în formular doar a 7 poziții pentru prescriere nu limitează drepturile asiguratului prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În situațiile în care, pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul are nevoie de mai mult de 7 medicamente diferite, din subliste diferite/lună, se pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

Punctul 7. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

8. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală sunt tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a prescris, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de medicamente/farmacia cu circuit închis. Furnizorul de medicamente va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate conform prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

10. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor se vor face după cum urmează:

- a)** casele de asigurări de sănătate vor distribui, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, carnetele înseriate și numerotate fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate, respectiv medicului care a încheiat convenție cu aceasta; casele de asigurări de sănătate vor asigura evidența carnetelor de prescripție medicală distribuite;
- b)** gestionarea carnetelor de prescripții medicale 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 prescripții medicale se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii.

Litera d) a fost modificată prin punctul 8. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

Punctul 8. a fost modificat prin punctul 1. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

11. (1) Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu prescripții medicale cu și fără contribuție personală, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați cu drept de prescriere, distribuția și arhivarea carnetelor de prescripții medicale la nivelul furnizorului se vor face în conformitate cu prevederile legale în vigoare și pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele 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 rețetelor returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

(3) Înregistrarea prescripțiilor medicale emise asiguraților se va face în documentele medicale de evidență primară, pentru fiecare prescripție în parte, după cum urmează:

- a)** se notează seria și numărul prescripției medicale emise în registrul de consultații, la rubrica "Tratamente";
- b)** la externarea pacientului din spital se notează seria și numărul prescripției medicale emise în epicriză și în scrisoarea medicală.

CAPITOLUL II

Modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală

Formularele de prescripții medicale se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor. Formularele cu regim special - prescripții medicale vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

1. "Unitate medicală"

a) se completează cu denumirea cabinetului medical sau a unității medicale, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care medicul a încheiat contractul/convenția, numărul contractului de furnizare de servicii medicale sau al convenției. Medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

Litera a) a fost modificată prin punctul 4. din Ordin [nr. 870/2011](#) începând cu 01.06.2011.

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

- «MF» - medicină de familie;
- «Amb. Spec.» - ambulatoriul de specialitate (inclusiv cabinetele de medicină dentară); medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casa de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța «Amb. Spec.» atunci când eliberează prescripții medicale pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;
- «Spital» - pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, inclusiv cele autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi;
- «Altele» - conform prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- «MF-MM» - se bifează atunci când medicul de familie prescrie medicamente pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; rețeta eliberată de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii va constitui o rețetă distinctă;

Litera b) a fost modificată prin punctul 4. din Ordin [nr. 870/2011](#) începând cu 01.06.2011.

- c) "număr zile prescriere" - se completează obligatoriu de medic numărul de zile pentru care se face prescrierea, pentru toate tipurile de rețete;
- d) "LS" - loc ștampilă furnizor de servicii medicale;
- e) «Aprobat Comisie» - în cazul în care se prescriu medicamente pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul caselor de asigurări de sănătate sau la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, se notează: grupa de boală cronică aferentă afecțiunii care a fost aprobată de comisie (G_X)/numărul programului (P_X), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare emis/emisă de comisie.
 - în cazul inițierii sau menținerii unui tratament cu medicamente imunosupresoare de referință pentru bolnavii în status posttransplant și care au obținut, în condițiile legii, aprobarea Agenției Naționale de Transplant, se notează: numărul programului (P9.7), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare emis/emisă de Agenția Națională de Transplant.
- «Semnătură medic» - se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa acestuia.

Litera e) a fost modificată prin punctul 4. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

2. "Asigurat":

- a) "la CAS" - se va nota casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;
- b) "FO/RC" - se completează numărul foi de observație (FO) doar în cazul prescrierii rețetei la externarea pacientului din spital sau numărul din registrul de consultații;
- c) se alege prin bifare cu "x" categoria în care se găsește asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:
 - (i) 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);
 - (ii) se bifează categoria "coasigurat" pentru soț, soție și părinții fără venituri proprii care sunt în întreținerea unei persoane asigurate;
 - (iii) se bifează «pensionar» pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie; pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună se bifează categoria «0-700 lei/lună».

Subpunctul (iii) a fost modificat prin punctul 2. din Ordin [nr. 681/2009](#) începând cu 01.07.2009.

- (iv) se bifează "copii <18 ani" pentru toate persoanele care fac dovada calității lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naștere, carte de identitate);
- (v) se bifează «elev/ucenic/student (18-26 ani)» pentru toate persoanele de la 18 la 26 de 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. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință în condițiile contractului-cadru, dacă nu realizează venituri din muncă;

Subpunctul (v) a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 1604/2008](#) începând cu 20.10.2008.

- (vi) se bifează «gravidă/lăuză» pentru toate persoanele gravide sau lăuze. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile Contractului-cadru, indiferent dacă realizează sau nu venituri;

Subpunctul (vi) a fost modificat prin punctul 11. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

- (vii) se bifează «veteran, revoluționar sau handicap» pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale. Pentru aceste categorii, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor specifice se suportă din fond, în condițiile Contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;

Subpunctul (vii) a fost modificat prin punctul 12. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

- (viii) se bifează «PNS» pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pe perioada în care sunt incluși în program, și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate în care sunt incluși;

Subpunctul (viii) a fost modificat prin punctul 13. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

- (ix) se bifează categoria "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;
- (x) la rubrica «Alte categorii» se va nota:

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct pe formularul de prescripție medicală, dar care sunt menționate distinct la art. 213 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;
- cifra 2, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat menționate pe formularul de prescripție și care beneficiază de nivel de compensare ca un asigurat obișnuit;
- cifra 3, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106, E 109, E 112, E120, E 121; pot fi menționate și formularele europene S- corespondente acestor formulare.

Subpunctul (x) a fost modificat prin punctul 5. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

(xi) se bifează "personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 886/218/2007](#) pentru aprobarea [Normelor](#) de aplicare a prevederilor art. 24 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului [nr. 115/2004](#) privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;

(xii) se bifează "liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

(xiii) se bifează "Card european (CE)" pentru persoanele care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European (cu excepția României). În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România.

(xiv) se bifează "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

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

e) câmpul "CNP/CE/PASS" corespunde codului numeric personal/codului unic de asigurare, după caz/număr card european/număr pașaport. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

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

Subpunctul (i) a fost modificat prin punctul 10. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

(ii) pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului;

(iii) 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 (câmpul nr. 8 de pe acesta) pentru titularii de card european.

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

Subpunctul (iii) a fost modificat prin punctul 6. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

Litera e) a fost modificată prin punctul 10. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

3. «Diagnostic» - se vor nota toate diagnosticele pacientului pentru care au fost prescrise medicamente;

Punctul 3. a fost modificat prin punctul 15. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

4. "Dată prescriere" - se completează cu data emiterii prescripției medicale;

5. «Semnătură medic» (parafă/cod) - se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

Punctul 5. a fost modificat prin punctul 6. din Ordin [nr. 870/2011](#) începând cu 01.06.2011.

6. Prescripția propriu-zisă:

a) "% preț ref."

(i) se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50% sau 100% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1); procentul de compensare 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în Contractul-cadru; procentul de compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3), conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) sau integral contravaloarea medicamentelor, dacă prețul pe unitate terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

Subpunctul (i) a fost modificat prin punctul 16. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

b) «Listă»:

(i) pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A și B, se va nota «A», respectiv «B» la rubrica «Listă»;

(ii) pentru prescripțiile care conțin și DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult/copil, în rubrica «Listă», în dreptul DCI-urilor aferente unei categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1-G31). Completarea câmpului «cod boală» este obligatorie;

(iii) pentru categoriile de asigurați de la pct. 2 lit. c), subpct. (iv), (v) și (vi), se vor putea prescrie toate DCI-urile din sublista C - secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;

Litera b) a fost modificată prin punctul 17. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

c) «Cod boală» - medicul prescriptor va înscrie codul diagnosticului/diagnosticilor pentru care se face prescripția medicamentelor, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală;

Litera c) a fost modificată prin punctul 17. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

d) "Tip dg" - pentru fiecare cod de boală se va nota categoria în care se încadrează diagnosticul - acut/subacut/cronic. Dată fiind perioada de valabilitate a prescripției, diferită pentru afecțiuni acute/subacute și afecțiuni cronice, pe același formular de prescripție medicală nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic;

e) «Denumire comună internațională/Denumire comercială/FF/Concentrație» - se completează cu denumirea comună internațională și/sau denumirea comercială, conform contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, respectiv hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însoțită de forma farmaceutică și de concentrație, conform listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului, respectiv listei medicamentelor (denumiri comerciale), aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aflate în vigoare la data respectivă.

Pentru testele de automonitorizare prescrise bolnavilor cu diabet zaharat insulinodependent se va specifica sintagma «teste de automonitorizare»;

Litera e) a fost modificată prin punctul 7. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

e¹) «Cantitate» - se va specifica cantitatea necesară tratamentului, trecută în cifre și în litere; se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescrise, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

Litera e¹) a fost modificată prin punctul 7. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

e²) «D.S» - se va specifica calea de administrare a medicamentului;

Litera e²) a fost modificată prin punctul 7. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

f) prescrierea DCI-urilor din sublista C, secțiunea C2, dacă pacientul este beneficiarul unuia dintre programele/subprogramele naționale de sănătate, se face cu indicarea programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: P3 - Programul național de oncologie, P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (P.9.7 - Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților transplantați) și a unor boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4) și epidermoliză buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7), respectiv cu indicarea programului pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Litera f) a fost modificată prin punctul 10. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

7. "Am primit medicamentele" - se completează de asigurat sau de împuternicitul acestuia (persoana care ridică medicamentele pentru asigurat, fără a fi nevoie de împuternicire legală).

8. «Asigurat/Împuternicit» - se alege prin bifare cu «x» categoria în care se încadrează persoana care ridică medicamentele; datele de identificare (numele, prenumele, BI/CI, seria, numărul, adresa completă, codul numeric personal/codul unic de asigurare/număr card european/număr pașaport) vor fi ale persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicit).

Punctul 8. a fost modificat prin punctul 8. din Ordin [nr. 680/2012](#) începând cu 01.07.2012.

9. "Semnătură primitor" - se execută semnătura persoanei care ridică medicamentele din farmacie.

10. "Data eliberării" - se completează cu data eliberării medicamentelor din farmacie.

11. «Taxare» - farmacistul va menționa în rubrica «Denumire comercială» și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicitul acestuia) medicamentele pe care le eliberează. În cazul testelor de automonitorizare, farmacia va specifica în cadrul acestei rubrici sintagma «teste de automonitorizare», iar la rubrica «Valoare compensare» va înscrie suma rezultată ca urmare a înmulțirii numărului de teste de automonitorizare eliberate cu prețul de decontare stabilit pentru un test de automonitorizare. În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, farmacistul le anulează în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», nefiind permisă eliberarea altor medicamente/ materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective. În cazul DCI-urilor din sublista B prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, la rubrica «Valoare compensare» se vor trece pentru fiecare medicament valoarea de compensare corespunzătoare aplicării cotei de 50% din prețul de referință, notându-se în paranteză «CNAS», și valoarea de compensare de 40% din prețul de referință, notându-se în paranteză «MS», pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru.

În rubrica «Total» din secțiunea «Taxare» se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3.

Punctul 11. a fost modificat prin punctul 7. din Ordin [nr. 870/2011](#) începând cu 01.06.2011.

11¹. «Contribuție asigurat» - se menționează valoarea contribuției asiguratului, conform bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor.

Punctul 11¹. a fost introdus prin punctul 22. din Ordin [nr. 129/2011](#) începând cu 24.02.2011.

12. "Bon fiscal nr." - se completează de către farmacie cu numărul bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor.

13. Abrogat prin punctul 23. din Ordin [nr. 419/2009](#) începând cu 01.04.2009.

14. Abrogat prin punctul 15. din Ordin [nr. 1604/2008](#) începând cu 20.10.2008.

NOTĂ:

Pct. 1, 2, 3, 4, 6 și 13 se completează de către medic.

Paragraful a fost modificat prin punctul 3. din Ordin [nr. 870/2011](#) începând cu 01.06.2011.