

Ordinul CNAS nr. 163/2015 - modificarea Normelor de rambursare si recuperare a cheltuielilor de asistenta medicala acordata in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte

Ordinul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 163/2015 pentru modificarea si completarea Normelor metodologice privind rambursarea si recuperarea cheltuielilor reprezentand asistenta medicala acordata in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte, aprobate prin Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 729/2009 a fost publicat in Monitorul Oficial, Partea I, nr. 225 din 2 aprilie 2015.

Avand in vedere Referatul de aprobare al Directiei generale relatii contractuale nr. DRC/103 din 11 martie 2015, in temeiul dispozitiilor art. 236, art. 270 alin. (1) lit. s), art. 271 lit. k), art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 972/2006, cu modificarile si completarile ulterioare,

presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emite urmatorul ordin:

Art. I. - Normele metodologice privind rambursarea si recuperarea cheltuielilor reprezentand asistenta medicala acordata in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte, aprobate prin Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 729/2009, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009, cu modificarile si completarile ulterioare, se modifica si se completeaza dupa cum urmeaza:

1. La articolul 6, alineatele (1) si (2) se modifica si vor avea urmatorul cuprins: „*Art. 6. - (1) Casa de asigurari de sanatate vireaza in contul deschis de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la o institutie de credit echivalentul in lei al sumelor in valuta, reprezentand cheltuielile ocazionate de acordarea prestatiilor de boala si maternitate asiguratilor aflati in evidenta acestora de catre furnizori de servicii medicale din alte state, in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii. In acest caz se utilizeaza cursul valutar de vanzare al institutiei de credit respective din ziua completarii solicitarii pentru acordare de prevedere bugetara. In situatia in care valuta utilizata nu are stabilit un curs de schimb de catre institutia de credit, se utilizeaza cursul comunicat de Banca Nationala a Romaniei din ziua completarii solicitarii pentru acordare de prevedere bugetara. In situatia in care valuta utilizata nu are stabilit un curs de schimb nici la Banca Nationala a Romaniei, se utilizeaza cursul de schimb al acestei valute in raport cu euro, comunicat pe website-ul bancii centrale a statului respectiv (accesibil din pagina de internet www.bnr.ro/Link-uri-utile/Banci-centrale), din ziua completarii solicitarii pentru acordare de prevedere bugetara. In situatia cererilor de rambursare transmise de statele membre care ulterior emiterii acestora au aderat la zona euro, se utilizeaza cursul de schimb al valutei statului respectiv in raport cu euro,*

comunicat pe site-ul Bancii Centrale Europene la rubrica «The euro» - «Procesele de introducere a monedei euro» (accesibil din pagina de internet www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html). Pe baza cursului de schimb anterior mentionat, suma avuta in vedere se converteste in euro, ulterior transformandu-se in lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro si comunicat de Banca Nationala a Romaniei la aceeasi data.

(2) Pentru alocarea de prevederi bugetare se utilizeaza, dupa caz, modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetara prevazut in anexa nr. 1, respectiv in anexa nr. 1a, insotit de centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetara completat conform modelului prevazut in anexa nr. 1b, respectiv in anexa nr. 1c.”

2. Articolul 7 se modifica si va avea urmatorul cuprins: „Art. 7. - (1) In situatia in care o persoana asigurata in sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania beneficiaza de asistenta medicala devenita necesara in timpul sederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spatiului Economic European, respectiv Confederatiei Elvetiene, fara sa prezinte cardul european de asigurari sociale de sanatate/certificatul provizoriu de inlocuire a cardului european de asigurari sociale de sanatate sau daca acesta nu este recunoscut de unitatea sanitara de la locul de sedere, persoana respectiva suporta contravaloarea asistentei medicale acordate.

(2) In situatia in care legislatia aplicata de catre institutia de la locul de sedere prevede posibilitatea rambursarii contravalorii asistentei medicale acordate unei persoane asigurate, aceasta poate trimite o cerere de rambursare institutiei de la locul de sedere. In acest caz, institutia respectiva ramburseaza in mod direct acelei persoane contravaloarea asistentei medicale acordate in limitele si in conditiile aplicabile nivelurilor de rambursare prevazute de legislatia sa nationala. In aceasta situatie nu se va mai solicita casei de asigurari de sanatate in evidenta careia se afla asiguratul rambursarea contravalorii asistentei medicale acordate.

(3) In cazul in care asiguratul nu a solicitat direct institutiei de la locul de sedere rambursarea contravalorii asistentei medicale acordate sau daca legislatia aplicata de institutia de la locul de sedere nu prevede posibilitatea rambursarii contravalorii asistentei medicale, acesta are dreptul la o rambursare efectuata de casa de asigurari de sanatate la care se afla in evidenta ca persoana asigurata.

(4) In vederea rambursarii contravalorii asistentei medicale devenite necesara, asiguratul, un membru al familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica) sau o persoana imputernicita in acest sens de acesta, denumit in continuare solicitant, va depune la casa de asigurari de sanatate care are in evidenta persoana asigurata respectiva o cerere in formatul prevazut in anexa nr.3a, insotita de documente justificative. Solicitantul are dreptul de a opta pentru nivelul la care se va realiza rambursarea contravalorii asistentei medicale acordate, drept exprimat prin cererea adresata casei de asigurari de sanatate care are in evidenta persoana asigurata, dupa cum urmeaza:

a) la nivelul tarifelor prevazute de legislatia statului membru de sedere, conform procedurii instituite prin utilizarea formularului E 126 sau similar; sau

b) la nivelul tarifelor prevazute de actele normative in vigoare care reglementeaza sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania in vigoare la data efectuarii platii, prevazut la art. 71; casa de asigurari de sanatate instituie in prealabil procedura prin

utilizarea formularului E126 sau similar in vederea determinarii serviciilor medicale devenite necesare in conformitate cu legislatia statului membru respectiv.

(5) Nivelul de rambursare prevazut la alin. (4) lit. b) se utilizeaza, fara acordul persoanei asigurate, si in situatia in care legislatia statului pe teritoriul caruia persoana asigurata a beneficiat de asistenta medicala devenita necesara nu prevede tarife pentru asistenta medicala acordata, situatie confirmata prin completarea de catre institutia de la locul de sedere a formularului E 126 sau similar, fapt ce va fi adus la cunostinta asiguratului, in scris, de catre casa de asigurari de sanatate.

(6) Prin «documente justificative», mentionate la alin. (4), se intelege:

a) orice document medical datat si asumat de catre cadrul medical care l-a acordat, in copie - certificate «conform cu originalul» si semnate de solicitant - din care sa rezulte serviciile de care a beneficiat asiguratul; in situatia prevazuta la alin. (4) lit. b)

documentele solicitate sunt insotite si de traducerea acestora in limba romana de catre un traducator autorizat; in situatia prevazuta la alin. (5) traducerea in limba romana a documentelor medicale de catre un traducator autorizat este in responsabilitatea casei de asigurari de sanatate;

b) documente de plata, in original, din care sa rezulte ca serviciile medicale au fost achitate integral de asigurat, de un membru al familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica) sau de catre o persoana imputernicita de acesta, inclusiv data/datele platii/platilor acestora; in situatia prevazuta la alin. (4) lit. a) si b) si alin. (5) documentele depuse de asigurat sunt insotite si de traducerea acestora in limba romana de catre un traducator autorizat.

(7) Dupa efectuarea inregistrarii cererii, casa de asigurari de sanatate procedeaza la analiza acesteia, dupa cum urmeaza:

a) verifica statutul de asigurat al persoanei care a beneficiat de asistenta medicala devenita necesara la data/datele acordarii acesteia;

b) analizeaza documentele de plata din punct de vedere al claritatii continutului; documentele de plata trebuie sa contina informatiile privind suma/sumele achitata/achitate si data/datele efectuării platii/platilor

(8) Daca sunt indeplinite prevederile alin. 7 , casa de asigurari de sanatate demareaza procedura instituita prin utilizarea formularului E 126 sau similar, in vederea rambursarii. Dupa primirea raspunsului la formularul E 126 sau similar din partea institutiei de la locul de sedere, casa de asigurari de sanatate intocmeste, dupa caz, nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistentei medicale devenite necesara, utilizand modelul notei de calcul prevazut in anexa nr. 3b. In situatiile prevazute la alin. (4) lit. b) si alin. (5), casa de asigurari de sanatate analizeaza in prealabil informatiile inscrise de institutia de la locul de sedere in formularul E 126 sau similar, precum si documentele medicale din punctul de vedere al claritatii continutului in vederea identificarii serviciilor medicale si a domeniului de asistenta medicala in cadrul caruia acestea au fost acordate.

(9) Dupa finalizarea activitatilor prevazute la alin. 8, casa de asigurari de sanatate va solicita Casei Nationale de Asigurari de Sanatate alocarea de prevedere bugetara, utilizand modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetara prevazut in anexa nr. 3.

(10) Rambursarea contravalorii asistentei medicale suportate pentru asiguratul din sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania se efectueaza de catre casa de

asigurari de sanatate care a intocmit solicitarea de acordare de prevedere bugetara, in lei, in termen de maximum 60 de zile de la data alocarii de prevedere bugetara.

(11) In cazurile prevazute la alin. (4) lit. a) rambursarea se realizeaza catre solicitant, in lei, la cursul Bancii Nationale a Romaniei de la data efectuării platii serviciului medical. Suma rambursata nu trebuie sa depaseasca in niciun caz contravaloarea in lei a asistentei medicale achitate de asigurat, de un membru al familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica) sau de catre o persoana imputernicita de acesta, la cursul Bancii Nationale a Romaniei din data efectuării platii.

(12) In cazurile prevazute la alin. (4) lit. b) si alin. (5) rambursarea se realizeaza catre solicitant, la nivelul tarifelor prevazute la art. 7¹, fara a depasi in niciun caz contravaloarea in lei a tarifului/prețului achitat pentru fiecare serviciu medical acordat, la cursul Bancii Nationale a Romaniei din data efectuării platii.

(13) Cursul Bancii Nationale a Romaniei este stabilit de catre Banca Nationala a Romaniei in fiecare zi bancara. Acest curs este valabil pentru ziua urmatoare, implicit pentru toate tranzactiile ce urmeaza a fi facute in ziua urmatoare. In situatia in care valuta utilizata nu are stabilit un curs de schimb la Banca Nationala a Romaniei, se utilizeaza cursul de schimb al acestei valute in raport cu euro, comunicat pe website-ul bancii centrale a statului respectiv (accesibil din pagina de internet www.bnr.ro/Link-uri-utile/Banci-centrale), din data achitarii serviciului medical de catre asigurat. In situatia in care, ulterior achitarii de catre asigurat a contravalorii asistentei medicale, statul membru a aderat la zona euro, se utilizeaza cursul de schimb al valutei statului respectiv in raport cu euro, comunicat pe site-ul Bancii Centrale Europene la rubrica «The euro» - «Procesele de introducere a monedei euro» (accesibil din pagina de internet www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html). Pe baza cursului de schimb anterior mentionat, suma avuta in vedere se converteste in euro, ulterior transformandu-se in lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro si comunicat de Banca Nationala a Romaniei la aceeasi data.

(14) Cursul de schimb valutar utilizat in vederea rambursarii, in cazul in care achitarea serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale a fost efectuata in mai multe transe, se va stabili considerand ca data a efectuării platii data platii ultimei transe.

(15) In situatia in care casa de asigurari de sanatate constata neindeplinirea prevederilor alin. (7), cererea de rambursare a contravalorii asistentei medicale nu este aprobata, iar acest lucru se comunica in scris solicitantului in termen de 30 de zile lucratoare de la data inregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal.

(16) In situatia in care din formularul E 126 sau similar primit de la institutia de la locul de sedere rezulta ca nu se efectueaza nicio rambursare, casa de asigurari de sanatate nu va efectua nicio rambursare si acest lucru se comunica in scris solicitantului in termen de 30 de zile lucratoare de la data primirii raspunsului la formularul E 126 sau similar, cu indicarea temeiului legal.”

3. Dupa articolul 7 se introduce un nou articol, articolul 7¹, cu urmatorul cuprins: „Art. 7¹. - (1) Nivelul la care se realizeaza operatiunea de rambursare a contravalorii asistentei medicale devenite necesara, prevazuta la art. 7 alin. (4) lit. b), precum si la art. 7 alin. (5), se stabileste dupa cum urmeaza:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele in tratamentul ambulatoriu, precum si dispozitivele in ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitiva a punctului, stabilita in trimestrul anterior datei la care s-a platit serviciul, tarife, procent din tarife, preturi de referinta, sume de inchiriere, sume corespunzatoare aplicarii procentului de compensare asupra preturilor de referinta, preturi de decontare - pret cu ridicata maximal de decontare la care se adauga TVA, prevazute de actele normative in vigoare care reglementeaza sistemul de asigurari sociale de sanatate in vigoare la data efectuarii platii serviciului. Pentru medicamentele de care au beneficiat asiguratii in cadrul asistentei medicale devenite necesara si care nu sunt cuprinse in Lista preturilor de referinta pe unitate terapeutica aferente medicamentelor - denumiri comerciale, dar ale caror denumiri comune internationale sunt prevazute a fi decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, rambursarea se realizeaza astfel:

(i) la nivelul sumei corespunzatoare aplicarii procentului de compensare asupra pretului de referinta corespunzator medicamentului - denumire comerciala cu aceeasi concentratie si forma farmaceutica asimilabila in functie de sublista in care se regasesc denumirea comuna internationala respectiva si grupa de boala, dupa caz;

(ii) la nivelul sumei corespunzatoare aplicarii procentului de compensare asupra pretului de referinta corespunzator medicamentului - denumire comerciala cu aceeasi forma farmaceutica asimilabila si cea mai apropiata concentratie in functie de sublista in care se regasesc denumirea comuna internationala respectiva si grupa de boala, dupa caz; in aceasta situatie calculul sumei de rambursat se face pentru numarul de unitati terapeutice achitate;

(iii) la nivelul pretului de decontare - pret cu ridicata maximal de decontare, la care se adauga TVA - corespunzator medicamentului - denumire comerciala cu aceeasi concentratie si forma farmaceutica asimilabila;

(iv) la nivelul pretului de decontare - pret cu ridicata maximal de decontare, la care se adauga TVA - corespunzator medicamentului - denumire comerciala cu aceeasi forma farmaceutica asimilabila si cea mai apropiata concentratie; in aceasta situatie calculul sumei de rambursat se face pentru numarul de unitati terapeutice achitate;

b) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua: $ICM \times TCP$, unde ICM este cel mai mare indice de case-mix dintre toate ICM -urile aferente spitalelor din Romania, iar TCP este tariful pe caz ponderat al spitalului cu cel mai mare indice de case-mix, prevazute in actele normative care reglementeaza sistemul de asigurari sociale de sanatate in vigoare la data efectuarii platii serviciului medical; serviciile spitalicesti cuprind: consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratament medical si/sau tratament chirurgical, ingrijire, recuperare, medicamente si materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa;

c) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe caz rezolvat: o treime din suma rezultata in urma aplicarii procedurii prevazute la lit. b); serviciile spitalicesti cuprind: consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratament medical si/sau tratament chirurgical, ingrijire, recuperare, medicamente si materiale sanitare, dispozitive medicale;

d) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe serviciu: tariful maximal prevazut de actele

normative in vigoare, care reglementeaza sistemul de asigurari sociale de sanatate in vigoare la data efectuării plății serviciului medical.

(2) In cazul in care achitarea asistentei medicale a fost efectuata in mai multe transe, nivelul de rambursare se va stabili considerand ca data a efectuării plății data plății ultimei transe.”

4. Anexa nr. 1 se modifica si se inlocuieste cu anexa nr. 1, care face parte integranta din prezentul ordin.

5. Anexa nr. 1a se modifica si se inlocuieste cu anexa nr. 2, care face parte integranta din prezentul ordin.

6. Dupa anexa nr. 1a se introduc doua noi anexe, anexele nr. 1b si 1c, prevazute in anexele nr. 3 si 4, care fac parte integranta din prezentul ordin.

7. Anexa nr. 3 se modifica si se inlocuieste cu anexa nr. 5, care face parte integranta din prezentul ordin.

8. Dupa anexa nr. 3 se introduc doua noi anexe, anexele nr. 3a si 3b, prevazute in anexele nr. 6 si 7, care fac parte integranta din prezentul ordin.

Art. II. - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate,
Vasile Ciurchea

Bucuresti, 13 martie 2015.
Nr. 163.

ANEXA Nr. 1

(Anexa nr. 1 la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

SOLICITARE pentru acordare de prevedere bugetară

Vă rugăm să aprobați majorarea bugetului Casei de Asigurări de Sănătate cu suma de lei, pentru a putea efectua plățile conform art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare.

Această sumă este necesară pentru efectuarea plății sumei de (valuta în care se face plata) pentru serviciile medicale acordate asiguraților conform cererilor de rambursare primite din țara și cuprinse în centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară.

Anexăm următoarele:

- centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară, întocmită conform prevederilor art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E125 sau similar, prevăzut în anexa nr. 1b la ordinul mai sus menționat;

- documentul din care să rezulte cursul valutar utilizat și data cursului valutar respectiv.

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

Președinte-director general,

Director executiv economic,

.....

.....

Întocmit la data de

ANEXA Nr. 2

(Anexa nr. 1a la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

SOLICITARE pentru acordare de prevedere bugetară

Vă rugăm să aprobați majorarea bugetului Casei de Asigurări de Sănătate cu suma de lei, pentru a putea efectua plățile conform art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

Această sumă este necesară pentru efectuarea plății sumei de (valuta în care se face plata), calculată prin înmulțirea numărului de sume forfetare lunare (poziția 6.1 din formularul E 127) cu costul mediu lunar (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene), aferent perioadei (zi/lună/an - zi/lună/an) înscrise în formularul E127, pentru asigurații cu reședința în țara, și cuprinse în centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară.

Anexăm următoarele:

- centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară, întocmită conform prevederilor art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E127 sau similar, prevăzut în anexa nr. 1c la ordinul mai sus menționat;

- documentul din care să rezulte cursul valutar utilizat și data cursului valutar respectiv.

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

Președinte-director general,

Director executiv economic,

.....

.....

Întocmit la data de

ANEXA Nr. 3

(Anexa nr. 1b la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. /Data

CENTRALIZATOR

privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară întocmită conform prevederilor art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E125 sau similar, întocmite de statul*)

*) Se va întocmi câte un centralizator pentru fiecare stat membru UE/SEE/Confederația Elvețiană, respectiv țară cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Nr. crt.	Nr. /Data/adresa/stat	Nr. /Data/adresa/CNAS	Numele și prenumele asiguratului	Tipul documentului care a deschis dreptul la prestație	Nr. formularului E125/similar	Perioada prestației (semestru/an financiar)	Valută	Suma în valută	Curs valutar la data . .	Suma în lei
----------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	--	-------------------------------	---	--------	----------------	--------------------------	-------------

C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10 = C8 x C9
TOTAL										x

Centralizatorul se întocmește de casa de asigurări de sănătate. Câte un exemplar pe suport hârtie și în format electronic se transmite la Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu solicitarea pentru acordare de prevedere bugetară.

Președinte-director general,

Director executiv economic,

.....

.....

Întocmit

(numele în clar; telefon/adresa de e-mail)

.....

ANEXA Nr. 4

(Anexa nr. 1c la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. /Data

CENTRALIZATOR

privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară întocmită conform prevederilor art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E127 sau similar întocmite de statul*)

*) Se va întocmi câte un centralizator pentru fiecare stat membru UE/SEE/Confederația Elvețiană, respectiv țară cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Nr. crt.	Nr. /Data /adresa stat	Nr. /Data/ adresa CNAS	Numele și prenumele asiguratului/ membrului de familie	Data nașterii asiguratului/ membrului de familie	Tipul documentului care a deschis dreptul la	Nr. formularului E127/similar	Perioada în care au fost acordate drepturile,	Număr sume forfetare lunare	Valută	Cost mediu lunar	Sumă în valută	Curs valutar la data ...	Suma în lei
----------	------------------------	------------------------	--	--	--	-------------------------------	---	-----------------------------	--------	------------------	----------------	--------------------------	-------------

					prestație		din anul**)						
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11 = C8 x C10	C12	C13 = C11 x C12

**) În col. C7 se va completa perioada pentru care a fost întocmit formularul E127, respectiv anul în care au fost acordate drepturile și care este cel completat la pct. 1 din formularul E127.

Centralizatorul se întocmește de casa de asigurări de sănătate. Câte un exemplar pe suport hârtie și în format electronic se transmite la Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu solicitarea pentru acordare de prevedere bugetară.

Președinte-director general,

Director executiv economic,

.....

.....

Întocmit

(numele în clar; telefon/adresa de e-mail)

.....

ANEXA Nr. 5

(Anexa nr. 3 la normele metodologice)

SOLICITARE

pentru acordare de prevedere bugetară

Vă rugăm să aprobați majorarea bugetului Casei de Asigurări de Sănătate..... cu suma de..... lei, pentru a putea efectua plățile conform art. 7 și 71 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare.

Această sumă este necesară pentru efectuarea plății sumei de lei
[reprezentând contravaloarea a (valuta în care s-a efectuat plata)]

solicitantului, pentru serviciile medicale acordate asiguratului în țara
., conform Notei de calcul nr. din data de, anexată la prezenta
solicitare.

În acest sens s-a primit cererea solicitantului însoțită de documentele justificative,
conform prevederilor legale în vigoare.

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

Președinte-director general,

Director executiv economic,

.....

.....

ANEXA Nr. 6

(Anexa nr. 3a la normele metodologice)

CERERE-TIP

**pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul
șederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului
Economic European, respectiv Confederației Elvețiene**

Către Casa de Asigurări de Sănătate

Adresa

Data

Stimate domnule/Stimată doamnă președinte-director general,

Prin prezenta, subsemnatul(a)1), domiciliat în localitatea, str.
. nr., bl., sc., et., ap.
., județul/sectorul, telefon, în calitate de:

asigurat, codul numeric personal;

membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau persoană împuternicită al/a
asiguratului2), având următoarele date de identificare: codul numeric
personal, domiciliul în localitatea, str. nr.
., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
., telefon

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii
temporare pe teritoriul statului, asistență medicală acordată fără a se prezenta

cardul european de asigurări sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate sau în cazul în care acesta nu a fost recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere.

Solicite ca rambursarea contravalorii asistenței medicale să se realizeze:

1. la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de ședere, conform procedurii instituite pentru utilizarea formularului E 126 sau similar;
2. la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare la data efectuării plății; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil procedura prin utilizarea formularului E 126 sau similar în vederea determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Anexez prezentei următoarele documente:

- a) documente în original, care dovedesc efectuarea plății, însoțite de traduceri în limba română;
- b) copiile³ documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de care am beneficiat; pentru situația prevăzută la pct. 2 aceste documente sunt însoțite de traduceri în limba română.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, certific faptul că serviciile medicale au fost de natura celor devenite necesare și că deplasarea nu a avut ca scop beneficierea de tratament medical, precum și faptul că nu am solicitat direct instituției de la locul de ședere rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară.

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr.4), deschis la
...5), numele/prenumele beneficiarului contului, CNP beneficiar cont

Semnătura solicitantului

.....

- 1) Numele și prenumele solicitantului.
- 2) Numele și prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.
- 3) Certificate "conform cu originalul" și semnate de solicitant.

4) Codul IBAN aferent contului în care se solicită rambursarea; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.

5) Banca la care este deschis contul în care se solicită rambursarea sumei; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.

ANEXA Nr. 7

(Anexa nr. 3b la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. /data

Aprobat
Președinte-director general

**NOTĂ DE CALCUL
privind rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară**

Numele și prenumele asiguratului

CNP/CID asigurat

Statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană în care a fost acordată asistența medicală devenită necesară

Serviciul medical/ Medicamente*)	Data acordării/eliberării	Numărul și data documentului de plată	Valoarea achitată în valuta statului membru	Contravaloarea în lei a sumei achitate	Valoarea înscrisă în formularul E 126/similar, în valuta statului membru	Contravaloarea în lei a sumei înscrise în formularul E 126/similar	Nivelul tarifelor/prețurilor în România (lei)	Valoarea de rambursare (***) (lei)	Observații
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9

*) Coloanele C0, C1 și C7 nu se completează pentru situația prevăzută la art. 7 alin. (4) lit. a) din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare.

**) Pentru situațiile prevăzute la art. 7 alin. (4) lit. a) din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare: $C8 = C6$, dacă $C6 \leq C4$ sau $C8 = C4$, dacă $C4 < C6$.

Pentru situațiile prevăzute la art. 7 alin. (4) lit. b) și alin. (5) din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare: $C8 = C7$, dacă $C7 \leq C4$ sau $C8 = C4$, dacă $C4 < C7$.

Medic-șef,

Director Relații contractuale,

.....

.....

Întocmit

.....