



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CABINET PREȘEDINTE

Calea Călărășilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
E-mail: cabinet_președinte@cenas.ro, Tel. 0372.309.270, Fax 0372.309.231

Către, **CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE BAÇAU** P/9094/ 21. 10. 2015 :

INTRARE TESTARE Nr. 21894
Ziua 21. Luna 10 Anul 2015

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....
În atenția: Doamnei/Domnului Președinte - Director General

IT-SIRE
M Sef
DRAC / pwr
CWR
LX

Revenim la adresa Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. P/9094/07.10.2015, cu următoarele precizări:

Așa cum am menționat în adresa mai sus amintită, casele de asigurări de sănătate pot accepta spre depunere dosare întocmite pentru aprobarea tratamentului antiviral fără interferon al hepatitei cronice C și cirozei hepatice C în baza protocolului terapentice de prescriere aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapentice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Casele de asigurări de sănătate la care se pot depune dosare sunt următoarele: CASMB, CAS Cluj, CAS Constanta, CAS Dolj, CAS Iasi, CAS Bihor, CAS Sibiu, CAS Mures, CAS Timis, CAS AOPSNAJ.

Pentru o bună evaluare atât a pacientului în vederea inițierii terapiei, cât și a rezultatului medical al tratamentului, se acceptă la dosar numai buletinele testărilor fibromax, viremie și genotipare realizate în mod gratuit, în unități medicale autorizate, în baza voucherelor destinate acestor investigații și înmânate pacienților de către medicii curanți (prescripțori). Voucherul va fi tipărit în trei exemplare:

- 1 exemplar rămâne la medicul curant (prescripțor),
 - medicul curant (prescripțor) va anexa 1 exemplar dosarului pacientului împreună buletinele de analize corespunzătoare (buletinele testărilor vor avea același nr. și serie ca voucherul care le însoțește),
 - 1 exemplar rămâne la laboratorul de analize care a efectuat investigațiile paraclinice.
- Voucherele vor fi puse la dispoziția medicilor curanți (prescripțori) după data de 26.10.2015. Orice alte buletine ale acestor testări care nu vor fi efectuate în baza acestor vouchere nu vor fi luate în considerare de către comisia de experti.

Lista laboratoarelor care vor efectua, în baza voucherelor, testările necesare pentru tratamentul fără interferon este publicată pe site-ul CNAS la secțiunea "Informații pentru asigurați" "Medicamente" - "Tratament fără interferon":

<http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Lista%20laboratoare%20partenere-tratament%20fara%20INTERFERON.pdf>

Anexăm în copie prezentei modelul de voucher

Cu stimă,

PREȘEDINTE
Vasilie CIURCHEA

Pe baza sustinerii a investigațiilor paraclinice specifice pentru pacienții eligibili pentru tratamentul fără interferon al hepatitei cronice virale C

VOUCHER INVESTIGATII PARACLINICE

SERIA **B** N° 0000311

Către/Nume laborator:

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Medic specialist: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | |
| Specialitate: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | Instituție/Spital: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Adresa e-mail/nr. fax unde se vor trimite rezultatele analizelor: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | Localitate: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Nume și prenume pacient: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | CNP: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| | | | | |
| | | | | |
| Diagnostic: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | |

Examenul solicitat:

| A se bifa | Denumire analiză |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ARN-VHC |
| <input type="checkbox"/> | Fibromax |
| <input type="checkbox"/> | Genotipare/Subtipare |

Semnătura și parafa medicului: _____

[Nota de informare - pentru pacienți]

Programul se adresează tuturor pacienților cu hepatită cronică virală C consideranți de către medicul curant eligibili pentru înfișurii terapiei fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare și pentru care medicul prescriptor recomandă analiza de mai sus.

Programul este susținut de AbbVie și constă în susținerea gratuită a analizelor de mai sus pentru fiecare pacient care a primit această recomandare.

Declaram că am luat cunoștința că acest program este un serviciu gratuit, care nu implică nicio contribuție bănească din partea mea în calitate de pacient.

NUME ȘI SEMNĂTURĂ PACIENT:

| |
|--|
| |
|--|

DATA:

| |
|--|
| |
|--|