

**ORDIN nr. 163/13.03.2015**

**pentru modificarea și completarea 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, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009**

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției Generale Relații Contractuale nr. DRC/103/11.03.2015,

în temeiul dispozițiilor:

- art. 236, art. 270 alin.(1) lit. s), art. 271 lit. k), art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum 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,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

**ART. I**

Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 6, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(1) Casa de asigurări de sănătate virează în contul deschis de Casa Națională de Asigurări de Sănătate la o instituție de credit echivalentul în lei al sumelor în valută, reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea prestațiilor de boală și maternitate asiguraților aflați în evidența acestora de către furnizori de servicii medicale din alte state, în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. În acest caz se utilizează cursul valutar de vânzare al instituției de credit respective din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. În situația în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb de către instituția de credit, se utilizează cursul comunicat de Banca Națională a României din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. În situația în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb nici la Banca Națională a României, se utilizează cursul de schimb al acestei valute în raport cu euro, comunicat pe website-ul băncii centrale a statului respectiv (accesibil din pagina de internet [www.bnr.ro/Link-uri\\_utile/Bănci\\_centrale](http://www.bnr.ro/Link-uri_utile/Bănci_centrale)), din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. În situația cererilor de rambursare transmise de statele membre care ulterior emiterii acestora, au aderat la zona euro, se utilizează cursul de schimb al valutei statului respectiv în raport cu euro, comunicat pe site-ul Băncii Central Europene la rubrica „The euro” – „Procese de introducere a monedei euro” (accesibil din pagina de internet [www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html](http://www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html)). Pe baza cursului de schimb anterior menționat, suma avută în vedere se convertește în euro, ulterior transformându-se în lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro și comunicat de Banca Națională a României la aceeași dată.

(2) Pentru alocarea de prevederi bugetare se utilizează, după caz, modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în anexa nr. 1, respectiv în anexa nr. 1a, însoțit de centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară completat conform modelului prevăzut în anexa nr. 1b), respectiv în anexa nr. 1c).”

2. Articolul 7, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ (1) În situația în care o persoană asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România beneficiază de asistență medicală devenită necesară în timpul șederii temporare pe

teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv Confederației Elvețiene, fără să prezinte cardul european de asigurări sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate sau acesta nu este recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere, persoana respectivă suportă contravaloarea asistenței medicale acordate.

(2) În situația în care legislația aplicată de către instituția de la locul de ședere prevede posibilitatea rambursării contravalorii asistenței medicale acordate unei persoane asigurate, aceasta poate trimite o cerere de rambursare instituției de la locul de ședere. În acest caz, instituția respectivă rambursează în mod direct acelei persoane contravaloarea asistenței medicale acordate în limitele și în condițiile aplicabile nivelurilor de rambursare prevăzute de legislația sa națională. În această situație nu se va mai solicita casei de asigurări de sănătate în evidență căreia se află asiguratul, rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate.

(3) În cazul în care asiguratul nu a solicitat direct instituției de la locul de ședere, rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate, sau legislația aplicată de instituția de la locul de ședere nu prevede posibilitatea rambursării contravalorii asistenței medicale, acesta are dreptul la o rambursare efectuată de casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență ca persoană asigurată.

(4) În vederea rambursării contravalorii asistenței medicale devenită necesară, asiguratul, un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau o persoană împuternicită în acest sens de acesta, denumit în continuare solicitant, va depune la casa de asigurări de sănătate care are în evidență persoana asigurată respectivă, o cerere în formatul prevăzut în anexa nr. 3 a), însoțită de documente justificative.

Solicitantul are dreptul de a opta pentru nivelul la care se va realiza rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate, drept exprimat prin cererea adresată casei de asigurări de sănătate care are în evidență persoana asigurată, după cum urmează:

- a) la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de ședere, conform procedurii instituite prin utilizarea formularului E 126 sau similar, sau
- b) 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, prevăzut la art. 7<sup>1</sup>; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil procedura prin utilizarea formularului E126 sau similar în vederea determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului membru respectiv;

(5) Nivelul de rambursare prevăzut la alin. (4) lit. b) se utilizează, fără acordul persoanei asigurate, și în situația în care legislația statului pe teritoriul căruia persoana asigurată a beneficiat de asistență medicală devenită necesară, nu prevede tarife pentru asistenta medicală acordată, situație confirmată prin completarea de către instituția de la locul de ședere a formulărilor E 126 sau similar, fapt ce va fi adus la cunoștință asiguratului, în scris de către casa de asigurări de sănătate.

(6) Prin documente justificative menționate la alin. (4) se înțelege:

- a) orice document medical datat și asumat de către cadrul medical care l-a acordat, în copie - certificate „ conform cu originalul „ și semnate de solicitant - din care să rezulte serviciile de care a beneficiat asiguratul; în situația prevăzută la alin.(4) lit. b) documentele solicitate sunt însoțite și de traducerea acestora în limba română, de către un traducător autorizat; în situația prevăzută la alin. (5) traducerea în limba română a documentelor medicale de către un traducător autorizat, este în responsabilitatea casei de asigurări de sănătate;
- b) documente de plată, în original, din care să rezulte că serviciile medicale au fost achitate integral de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, inclusiv data/datele plății/plăților acestora; în situația prevăzută la alin.(4) lit. a) și lit. b) și alin.(5) documentele depuse de asigurat, sunt însoțite și de traducerea acestora în limba română, de către un traducător autorizat;

(7) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări de sănătate procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

a) verifică statutul de asigurat al persoanei care a beneficiat de asistență medicală devenită necesară la data/datele acordării acesteia ;

b) analizează documentele de plată din punct de vedere al clarității conținutului; documentele de plată trebuie să conțină informațiile privind suma/sumele achitată/achitate și data/datele efectuării plății/plăților;

(8) Dacă sunt îndeplinite prevederile alin. (7), casa de asigurări de sănătate demarează procedura instituită prin utilizarea formularului E 126 sau similar, în vederea rambursării. După primirea răspunsului la formularul E 126 sau similar din partea instituției de la locul de ședere, casa de asigurări de sănătate întocmește, după caz, nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale devenită necesară utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3 b). În situațiile prevăzute la alin. (4) lit. b) și alin. (5), casa de asigurări de sănătate analizează în prealabil, informațiile înscrise de instituția de la locul de ședere în formularul E 126 sau similar precum și documentele medicale din punctul de vedere al clarității conținutului în vederea identificării serviciilor medicale și a domeniului de asistență medicală în cadrul căruia acestea au fost acordate.

(9) După finalizarea activităților prevăzute la alin.(8), casa de asigurări de sănătate va solicita Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, alocarea de prevedere bugetară utilizând modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în Anexa nr. 3.

(10) Rambursarea contravalorii asistenței medicale suportate pentru asiguratul din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se efectuează de către casa de asigurări de sănătate care a întocmit solicitarea de acordare de prevedere bugetară, în lei, în termen de maximum 60 de zile de la data alocării de prevedere bugetară.

(11) În cazurile prevăzute la alin. 4 litera a) rambursarea se realizează către solicitant, în lei, la cursul Băncii Naționale a României de la data efectuării plății serviciului medical. Suma rambursată nu trebuie să depășească în niciun caz contravaloarea în lei, a asistenței medicale achitate de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, la cursul Băncii Naționale a României din data efectuării plății.

(12) În cazurile prevăzute la alin. 4 litera b) și alin.5 rambursarea se realizează către solicitant, la nivelul tarifelor prevăzute la art.7<sup>1</sup> fără a depăși în niciun caz contravaloarea în lei a tarifului/prețului achitat pentru fiecare serviciu medical acordat, la cursul Băncii Naționale a României din data efectuării plății.

13) Cursul Băncii Naționale a României este stabilit de către Banca Națională a României în fiecare zi bancară. Acest curs este valabil pentru ziua următoare, implicit pentru toate tranzacțiile ce urmează a fi făcute în ziua următoare. În situația în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb la Banca Națională a României, se utilizează cursul de schimb al acestei valute în raport cu euro, comunicat pe website-ul băncii centrale a statului respectiv (accesibil din pagina de internet [www.bnr.ro/Link-uri utile/Bănci centrale](http://www.bnr.ro/Link-uri%20utile/Bănci%20centrale)), din data achitării serviciului medical de către asigurat. În situația în care ulterior achitării de către asigurat a contravalorii asistenței medicale, statul membru a aderat la zona euro, se utilizează cursul de schimb al valutei statului respectiv în raport cu euro, comunicat pe site-ul Băncii Central Europene la rubrica „ The euro” – „Procese de introducere a monedei euro” ( accesibil din pagina de internet [www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html](http://www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html)). Pe baza cursului de schimb anterior menționat, suma avută în vedere se convertește în euro, ulterior transformându-se în lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro și comunicat de Banca Națională a României la aceeași dată.

(14) Cursul de schimb valutar utilizat în vederea rambursării, în cazul în care achitarea serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale a fost efectuată în mai multe tranșe, se va stabili considerând ca dată a efectuării plății, data plății ultimei tranșe.

(15) În situația în care casa de asigurări de sănătate constată neîndeplinirea prevederilor alin. (7), cererea de rambursare a contravalorii asistenței medicale nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 30 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal.

(16) În situația în care din formularul E 126 sau similar primit de la instituția de la locul de ședere rezultă că nu se efectuează nicio rambursare, casa de asigurări de sănătate nu va efectua nicio rambursare și acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 30 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la formularul E 126 sau similar, cu indicarea temeiului legal.

3. După articolul 7, se introduce un articol nou, articolul 7<sup>1</sup> cu următorul cuprins:  
„ Art. 7<sup>1</sup> (1) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale devenită necesară, prevăzută la art. 7 alin. (4) lit. b), precum și la alin. (5), se stabilește după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitivele în ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife, procent din tarife, prețuri de referință, sume de închiriere, sume corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețurilor de referință, prețuri de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare la care se adaugă TVA, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului.

Pentru medicamentele de care au beneficiat asigurații în cadrul asistenței medicale devenită necesară și care nu sunt cuprinse în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale, dar ale căror denumiri comune internaționale sunt prevăzute a fi decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, rambursarea se realizează astfel:

(i) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz;

(ii) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;

(iii) la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă;

(iv) la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;

b) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă: ICM x TCP, unde ICM este cel mai mare indice de case-mix dintre toate ICM-urile aferente spitalelor din România, iar TCP este tariful pe caz ponderat al spitalului cu cel mai mare indice de case-mix, prevăzute în actele normative care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical; serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă;

c) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe caz rezolvat: o treime din suma rezultată în urma aplicării procedurii prevăzute la lit. b); serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale;

d) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe serviciu: tariful maximal prevăzut de actele normative în

vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical.

(2) În cazul în care achitarea asistenței medicale a fost efectuată în mai multe tranșe, nivelul de rambursare se va stabili considerând ca dată a efectuării plății, data plății ultimei tranșe. ”

4. Anexa nr. 1 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

5. Anexa nr. 1a) se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

6. După anexa nr. 1 a) se introduc două noi anexe, anexa nr. 1 b) și 1c), prevăzute în anexa nr. 3 și anexa nr. 4, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

7. Anexa nr. 3 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 5 care face parte integrantă din prezentul ordin.

8. După anexa nr. 3 se introduc două noi anexe, anexa nr. 3 a), și 3 b) prevăzute în anexa nr. 6 și anexa nr. 7, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

## **ART. II**

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
Vasile CIURCHEA**

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 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 .....

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) înscrisă 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 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 1b  
la normele metodologice

Anexa nr. 3

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, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E125 sau similar întocmite de statul....\*)

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 prestație (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=C8xC9
TOTAL										
									X	

\*) 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.

Centralizatorul se întocmește de casa de asigurări de sănătate. Un exemplar pe suport hârtie și 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,  
.....

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



Anexa 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, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E127 sau similar întocmite de statul....\*)

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 deschis dreptul la prestație	Nr. formula rului E127/similar	Perioada în care au fost acordate drepturile, din anul....**	Număr sume forfeta re lunare	Valută	Cost mediu lunar	Sumă în valută	Curs valutar la data...	Suma în lei
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11=C8 xC10	C12	C13=C11 xC12

\*) 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.  
\*\*) 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. Un exemplar pe suport hârtie și format electronic se transmite la Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu solicitarea pentru acordare de prevedere bugetară.

Președintele-director general,  
.....

Director executiv economic,  
.....

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

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 art. 7<sup>1</sup> 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.

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 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. 3 a)  
la normele metodologice

CERERE-TIP

pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale devenită 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).....<sup>1)</sup>, 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 asiguratului.....<sup>2)</sup>, având următoarele date de identificare: codul numeric personal..... domiciliul în localitatea....., str....., nr....., bl....., sc....., et....., ap....., județul/sectorul....., telefon.....

Anexa nr. 3 b)  
la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate .....  
Nr. .... /data .....

Aprobat

Președinte-Director general

**NOTĂ DE CALCUL**  
**privind rambursarea contravalorii asistenței medicale devenită 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/ Medicamentele*	Data acordării/ eliberării	Numărul și data documentului de plată	Valoarea achitată în valuta statului membru	Contravaloarea în lei a sumei achitate (lei)	Valoarea înscrisă în formularul E126/similar, în valuta statului membru	Contravaloarea în lei a sumei înscrise în formularul E126/similar	Nivelul tarifelor/ prețurilor în România (lei)	Valoarea de rambursat** (lei)	Observații
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9

\*) Col. C0, C1 și C7 nu se completează pentru situația prevăzută la art. 7 alin.(4) lit. a) din Ordinul președintelui CNAS nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare

\*\*) Pentru situațiile prevăzute la art. 7 alin.(4) lit. a) din Ordinul președintelui CNAS nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare: C8=C6 dacă C6≤C4 sau C8=C4 dacă C4<C6

Pentru situațiile prevăzute la art. 7 alin.(4) lit. b) și alin.(5) din Ordinul președintelui CNAS nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare: C8=C7 dacă C7≤C4 sau C8=C4 dacă C4<C7

Medic-șef,

Director Relații Contractuale,

.....  
Întocmit