

Aprobat,
Președinte
Vasile CIURCHEA

Avizat,

Director General
Radu ȚIBICHI

REFERAT DE APROBARE

În temeiul prevederilor:

- art. 236 alin. (2) și alin. (3), art. 270 alin.(1) lit. s), art. 271 lit. k) și art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

Potrivit art. 6 din Ordinul 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, în procedura de decontare între casele de asigurări de sănătate și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cursul valutar utilizat pentru convertirea sumelor reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea prestațiilor de boală și maternitate asiguraților români de către furnizori de servicii medicale din alte state, este cel corespunzător instituției de credit la care Casa Națională de Asigurări de Sănătate are cont deschis, valabil în 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 practică s-au identificat și situații în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb nici la Banca Națională a României. În acest caz se propune utilizarea cursului de schimb al valutei respective în raport cu euro, comunicat pe website-ul băncii centrale a statului aferent (accesibil din pagina de internet [www.bnr.ro/Link-uri utile/Bănci centrale](http://www.bnr.ro/Link-uri%20utile/Bănci%20centrale)), din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. Pe baza acestui curs de schimb, sumele mai sus menționate se convertesc în euro, ulterior transformându-se în lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro și comunicat de Banca Națională a României la aceeași dată.

Având în vedere următoarele:

- numărul mare de formulare E125/E127 primite de la statele membre (care se află într-o evoluție ascendentă de la un an la altul - aprox. 50.000 formulare în anul 2014) și în consecință numărul mare de solicitări pentru acordarea prevederilor bugetare întocmite 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 E127, primite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- personalul existent la nivelul Direcției Acorduri Internaționale, cu atribuții în decontări externe;
- nivelul mare al datoriilor pe care România le înregistrează către statele membre UE/SEE/Confederația Elvețiană, la sfârșitul anului 2014 – 188.314.535,97 euro (această sumă se poate modifica având în vedere că în cursul lunii ianuarie 2015 mai pot intra facturi de la statele membre pentru anul 2014)

Pentru reducerea datoriilor și pentru încadrarea în termenele de contestare, respectiv de plată prevăzute de Regulamentul (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și Regulamentul (CE) nr. 987/2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004, se impune luarea unor măsuri de eficientizare a procedurii de decontare între Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate.

În acest sens se propune modificarea Anexei nr. 1 și Anexei nr. 1a) la normele metodologice din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729 din 17 iulie 2009, cu modificările și completările ulterioare.

Conform prevederilor acestui act normativ, în prezent pentru fiecare formular E125/E127 se întocmește câte o solicitare privind acordarea de prevedere bugetară, la care se anexează după caz, o copie a formularului E125/E127 deja existent la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și o copie a documentului care deschis dreptul la prestații în natură. Aceste solicitări sunt verificate la nivelul Direcției Acorduri Internaționale înainte de aprobarea solicitării de acordare de prevedere bugetară, fapt ce presupune un volum de muncă foarte mare pentru personalul insuficient al direcției.

Considerăm că la nivelul caselor de asigurări de sănătate este suficient a se întocmi o singură solicitare privind acordarea de prevedere bugetară care să aibă înscrisă suma totală corespunzătoare tuturor formularelor E125/E127 pentru care se solicită acordarea prevederii bugetare respective însoțită doar de un centralizator al acestor formulare E125/E127. Pentru cererile de rambursare pentru care solicitările pentru prevedere bugetară întocmite de casele de asigurări de sănătate, se află la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data intrării în vigoare a proiectului de ordin și pentru care nu s-au acordat prevederi bugetare, se vor lua în considerare solicitările pentru prevedere bugetară completate nominal pentru fiecare persoană asigurată, însoțite de centralizatoarele aferente

Mai mult decât atât, potrivit art. 270 alin.(1) lit. s) și art. 271 lit. k) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate îndeplinește funcția de organism de legătură, asigurând comunicarea cu organismele similare din statele care au încheiat cu România documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, iar casele de asigurări de sănătate au ca atribuție să asigure, în calitate de instituții competente, activitățile de aplicare a documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale și a altor prestații, în condițiile respectivelor documente internaționale.

În consecință considerăm că propunerile au fost formulate în sensul celor menționate anterior, avându-se în vedere reducerea datoriilor acumulate de România și a perioadei până la care ne putem încadra în termenele de contestare și de plată prevăzute de Regulamentele europene, prin eficientizarea procedurii de decontare între Casa

Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate și în același timp întărirea rolului caselor de asigurări de sănătate în calitatea lor de instituții competente și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în calitate de organism de legătură.

De asemenea se propune modificarea procedurii reglementată la art. 7 din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la rambursarea contravalorii serviciilor medicale acordate unor asigurați români și suportate de către aceștia, în condițiile în care asiguraților români respectivi aflați pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene li se acordă asistență medicală fără ca aceștia să prezinte cardul european de asigurări sociale de sănătate sau cardul nu este recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere.

În prezent, rambursarea se efectuează în termen de 90 de zile de la finalizarea procedurii de verificare și avizare de către următoarele direcții din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate: Direcția Acorduri Internaționale, Serviciul Medical, Direcția Reglementări și Norme de Contractare.

Se propune modificarea articolului 7 din actul normativ anterior menționat, în sensul:

- întăririi rolului caselor de asigurări de sănătate de instituții competente și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ca organism de legătură stabilite conform Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, în ceea ce privește verificarea și stabilirea sumelor ce urmează să fie rambursate,
- reglementării termenului de rambursare de 60 de zile de la data alocării prevederii bugetare.

Propunerea a avut în vedere armonizarea acestei proceduri cu cea privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere.

De asemenea s-au avut în vedere toate aspectele reglementate conform procedurii și modalităților de acoperire a costurilor și de acordare a rambursării prestațiilor în natură, prevăzute la art. 25 lit. B din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială.

Pe cale de consecință, vă supunem aprobării prezentul proiect de ordin pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729 din 17 iulie 2009.

DIRECTOR GENERAL ADJUNCT

Liliana LUKACS

ORDIN nr. _____ / _____ / _____
**privind 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. _____ / _____ / _____,
în temeiul dispozițiilor:
- art. 236 alin. (2) și alin. (3), 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, alineatul (1) și alineatul (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%20utile/Bănci%20centrale)), din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. 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 completată conform modelului prevăzut în anexa nr. 1b), respectiv în anexa nr. 1c) . Pentru cererile de rambursare pentru care solicitările pentru prevedere bugetară întocmite de casele de asigurări de sănătate, se află la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la data intrării în vigoare a prezentului ordin și pentru care nu s-au acordat prevederi bugetare, se vor lua în considerare solicitările pentru prevedere bugetară completate nominal pentru fiecare persoană asigurată, însoțite de centralizatoarele aferente;”

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. 7¹, după înstituirea procedurii prin utilizarea formularului E126 sau similar;

(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 formularului E 126 sau similar.

(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 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 copie – certificate „, conform cu originalul „, și semnate de solicitant; în situația prevăzută la alin.(4) lit. b) documentele depuse de asigurat, 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 de plată de către un traducător autorizat, este în responsabilitatea casei de asigurări de sănătate;

(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 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 nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale devenită necesară utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3 b).

(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. Rambursarea se realizează către asigurat, către un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau către o persoană împuternicită de acesta, în lei, la cursul Băncii Naționale a României de la data efectuării plății serviciului medical. 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), din data achitării serviciului medical de către asigurat. 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.

(11) 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, comparând suma achitată cu suma înscrisă în formularul E 126 sau similar sau după caz, comparând tariful/prețul achitat cu nivelul stabilit pentru rambursare conform prevederilor art. 7¹, distinct pentru fiecare serviciu .

(12) 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.

(13) 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.

3. După articolul 7, se introduce un articol nou, articolul 7¹ cu următorul cuprins:

„ Art. 7¹ 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: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife, procent din tarife, 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) servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă: $ICM \times TCP$, 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) servicii 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) servicii 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.”

4. Anexa nr. 1 se modifică și va avea cuprinsul prevăzut în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

5. Anexa nr. 1a) se modifică și va avea cuprinsul prevăzut în anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

6. După anexa nr. 1 a) se introduce o nouă anexă, anexa nr. 1 b), prevăzută în anexa nr. 3, care face parte integrantă din prezentul ordin.

7. După anexa nr. 1 b) se introduce o nouă anexă, anexa nr. 1 c), prevăzută în anexa nr. 4, care face parte integrantă din prezentul ordin.

8. Anexa nr. 3 se modifică și va avea cuprinsul prevăzut în anexa nr. 5 care face parte integrantă din prezentul ordin.

9. După anexa nr. 3 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 3 a), prevăzută în anexa nr. 6, care face parte integrantă din prezentul ordin.

10. După anexa nr. 3 a) se introduce o nouă anexă, anexa nr. 3 b), prevăzută în anexa nr. 7, care face parte integrantă din prezentul ordin

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I și intră în vigoare la data de.....

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

Anexa nr. 1

Anexa 1
la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate

SOLICITARE¹
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 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 țarași 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 similar²⁾, 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

¹⁾Pentru cererile de rambursare pentru care solicitările pentru prevedere bugetară întocmite de casele de asigurări de sănătate se află la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și

pentru care nu s-au acordat prevederi bugetare, se vor lua în considerare solicitările pentru prevedere bugetară completate nominal pentru fiecare persoană asigurată;

²⁾ Pentru cererile de rambursare pentru care solicitările pentru prevedere bugetară întocmite de casele de asigurări de sănătate se află la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru care nu s-au acordat prevederi bugetare, se va lua în considerare centralizatorul solicitărilor pentru prevedere bugetară completate nominal pentru fiecare persoană asigurată;

Anexa nr. 2

Anexa 1a
la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate

SOLICITARE¹

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 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 similar²⁾, 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

¹⁾ Pentru cererile de rambursare pentru care solicitările pentru prevedere bugetară întocmite de casele de asigurări de sănătate se află la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru care nu s-au acordat prevederi bugetare, se vor lua în considerare solicitările pentru prevedere bugetară completate nominal pentru fiecare persoană asigurată;

²⁾ Pentru cererile de rambursare pentru care solicitările pentru prevedere bugetară întocmite de casele de asigurări de sănătate se află la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru care nu s-au acordat prevederi bugetare, se va lua în considerare centralizatorul solicitărilor pentru prevedere bugetară completate nominal pentru fiecare persoană asigurată;

Anexa 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, 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 nr. 4

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	Tipul documentului care a deschis dreptul la prestație	Nr. formularului E127/ similar	Perioada în care au fost acordate drepturile	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=C7 xC9	C11	C12=C10 xC11
TOTAL								x	x		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 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. 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.

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).....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 asiguratului.....²⁾. 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 devenită 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 acesta nu a fost recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere.

Solicit 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, după instituirea procedurii prin utilizarea formularului E126 sau similar ;

Anexez prezentei următoarele documente:

a) copiile3 documentelor care dovedesc efectuarea plății; pentru situația prevăzută la pct. 2 aceste documente sunt 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 Cod 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 devenită necesară.

Semnătură solicitant
.....

1) Numele, prenumele solicitantului

2) Numele, prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.

3) Certificate „ conform cu originalul „ și semnate de solicitant

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

*) 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: $C8=C7$ $C7 < C4$ sau $C8=C4$ dacă $C4 < C7$

Medic-șef,

.....

Director Relații Contractuale,

.....

Întocmit

.....

