

# **ORDIN nr. 868 din 31 mai 2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.289 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2.063 din 31 mai 2011;
- Legea nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. [1.389/2010](#) pentru aprobarea [Contractului-cadru](#) privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările ulterioare, în temeiul dispozițiilor:
- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. [144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 281 alin. (2) din Legea nr. [95/2006](#), cu modificările și completările ulterioare, 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,

**ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emit următorul ordin:

## **Art. 1**

**(1)** Se aprobă modelul unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, ca imprimat cu regim special, în baza căruia se recomandă investigații medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzut în anexa nr. 1.

**(2)** Pentru serviciile de înaltă performanță decontate de casele de asigurări de sănătate: RMN, CT, scintigrafie și angiografie, se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d, după caz.

## **Art. 2**

Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înscrierea și numerotarea formularelor de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d.

## **Art. 3**

**(1)** Se aprobă Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, prevăzute în anexa nr. 2.

**(2)** Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (1) este obligatorie pentru toți furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

**(3)** Se aprobă Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

## **Art. 4**

- Anexele nr. 1, 1a, 1b, 1c, 1d, 2 și 3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

## **Art. 5**

**(1)** Prezentul ordin intră în vigoare începând cu data de 1 iunie 2011, dată de la care se abrogă prevederile Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [1.288/489/2006](#) pentru aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 939 din 21 noiembrie 2006, cu modificările ulterioare.

**(2)** Formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, în formatul aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [1.288/489/2006](#), cu modificările ulterioare, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 1 septembrie 2011. Dacă până la data de 1 septembrie 2011 se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul aprobat prin ordinul menționat mai sus pentru recomandarea de investigații paraclinice de înaltă performanță: RMN, CT, angiografie și scintigrafie, acestea vor fi însoțite de fișele de solicitare prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

## **Art. 6**

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

..\*\*\*\*..

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**  
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

**ANEXA Nr. 1<sup>o</sup>: BILET DE TRIMITERE pentru investigații paraclinice decontate de CAS. Servicii de înaltă performanță - SCINTIGRAFIE**

		COD DE BARE
		SERIE ... NR. ....
1. Unitate medicală	<input type="checkbox"/> MF	Nivel de prioritate
CUI .....	<input type="checkbox"/> Amb. Spec.	Urgență <input type="checkbox"/>
Sediu (localitate, str., nr.) .....	<input type="checkbox"/> Altele	Curente <input type="checkbox"/>
Județul .....		
Casa de asigurări: .....		
Nr. Contract/Convenție .....		
2. Date identificare asigurat	<input type="checkbox"/> Salariat	<input type="checkbox"/> Veteran
Asigurat la CAS: ..... RC: .....	<input type="checkbox"/> Co-asigurat	<input type="checkbox"/> Revoluționar
Nume .....	<input type="checkbox"/> Liber profesionist	<input type="checkbox"/> Handicap
Prenume .....	<input type="checkbox"/> Copil (< 18 ani)	<input type="checkbox"/> PNS .....
Adresa .....	<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)	<input type="checkbox"/> Ajutor social
.....	<input type="checkbox"/> Gravidă/Lehuză	<input type="checkbox"/> Șomaj
.....	<input type="checkbox"/> Pensionar	<input type="checkbox"/> Card European (CE)
	<input type="checkbox"/> Alte categorii	<input type="checkbox"/> Acorduri internaționale
CNP/CE/PASS	Cetățenia	
COD CARD ASIGURAT		

3. Cod diagnostic	P	A/S	C
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic .....			
.....			
Data trimiterii .././...	S868/542/2011	Cod parafă	L.S.
	emnătura medicului .....		
Data reconfirmării .././...	Semnătura medicului .....	Cod parafă	L.S.
4.1. Tip investigație indicat ....., cod investigație .....			
4.2. Date clinice și paraclinice care să justifice investigația: .....			
4.3. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic? DA/NU			
4.4. Examen scintigrafic anterior: DA/NU			
4.5. Observații speciale legate de pacient:			
a) Greutate ..... Kg			
b) Antecedente alergice ..... DA/NU			
<b>SARCINA ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EFECTUAREA EXAMENULUI SCINTIGRAFIC!!!</b>			
5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice: .....			L.S.
6. Data prezentării asiguratului		Semnătura asiguratului	
...../...../.....		.....	
7. Pacientul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la un furnizor de servicii medicale paraclinice în termen de ..... zile de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice! În caz contrar, biletul își pierde valabilitatea.			

## **ANEXA Nr. 2: INSTRUCȚIUNI privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

### **(A) Principii generale**

**1.** Recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d la ordin, de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a face recomandări de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate atrage răspunderea furnizorului și conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

**2.** Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice, denumit în continuare bilet de trimitere, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia și numai pentru pacienții care beneficiază de asigurări sociale de sănătate.

### **3. Se interzic:**

- emiterea biletelor de trimitere de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

- emiterea de către unitățile sanitare care furnizează servicii spitalicești a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru investigații contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către unitatea spitalicească respectivă, indiferent de afecțiunile asociate.

**4.** Investigațiile medicale paraclinice se pot efectua de către orice furnizor de investigații medicale paraclinice aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

### **(B) Instrucțiuni privind utilizarea formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

**1.** Biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate împreună cu factura și desfășurătorul activității prestate (în format electronic și pe suport hârtie).

**2.** În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe verso-ul cotorului ultimului bilet de trimitere se va preciza: "Acest carnet conține...file (în cifre și în litere), de la numărul ... la numărul ..., și ... file anulate."

### **3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere se vor face după cum urmează:**

**a)** carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere distribuite furnizorilor de servicii medicale;

**b)** gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

**c)** furnizorii de servicii medicale își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

**d)** achiziția formularelor de bilete de trimitere se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de delegatul acestuia, pe baza facturii.

### **4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.**

Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite asiguratul la investigații medicale paraclinice pe baza biletului de trimitere, distribuția și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 3, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere emise asiguraților se va face în registrul de consultații, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere emis.

### **(C) Instrucțiuni de completare a formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

Formularele de bilete de trimitere se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

"Cod de bare"

Formularele cu regim special - biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

#### **1. Câmpul 1 - "Unitate medicală":**

**a)** se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat(ă) contract/convenție, numărul

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în baza căruia/căreia medicul prescriptor prestează serviciul; medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

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

- "MF" pentru furnizorii de servicii de asistență primară;

- "Amb. Spec." pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate, inclusiv servicii de medicină dentară.

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța "Amb. Spec." atunci când emit un bilet de trimitere pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- "Altele" pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora.

**c)** "Nivel de prioritate" - se va bifa cu "x" căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al investigațiilor medicale paraclinice recomandate.

**2.** Câmpul 2 - "Date identificare asigurat":

**a)** "Asigurat la CAS" - se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

**b)** "RC" - se completează numărul din registrul de consultații (RC);

**c)** se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

- se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

- se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

- se bifează căsuța "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

- se bifează categoria "Copil (<18 ani)"="1" pentru="1" toate="1" persoanele="1" care="1" fac="1" dovada="1" calității="1" lor="1" de="1" asigurat="1" printr-un="1" document="1" cu="1" valabilitate="1" legală="1" (certificat="1" naștere,="1" carte="1" identitate);</18>

- se bifează categoria "Elev/ucenic/student (18-26 ani)" pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă;

- se bifează căsuța "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

- se bifează căsuța "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie, după cum urmează:

se notează cifra 1 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei;

se notează cifra 2 pentru pensionarii cu venituri din pensii mai mari de 740 lei;

- se bifează căsuța "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" numai pentru asigurații care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care li se stabilește această calitate;

- se bifează căsuța "PNS" și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;

- se bifează căsuța "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. [416/2001](#) privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

- se bifează căsuța "Șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;

- se bifează căsuța "Card european (CE)" pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ale Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene;

- se bifează căsuța "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

- se bifează căsuța "Alte categorii" pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. [309/2002](#) privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare, Decretul-lege nr. [118/1990](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, Legea nr. [51/1993](#) privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945-1989, cu modificările ulterioare, Ordonanța Guvernului nr. [105/1999](#) privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. [189/2000](#), cu modificările și completările ulterioare), dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi;

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

**e)** "CNP, CE, PASS" - se completează codul numeric personal al pacientului/numărul cardului european/numărul pașaportului, astfel:

- pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al pacientului format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;

- pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se vor completa toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate;

- pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

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

#### **3. Câmpul 3 - "Cod diagnostic":**

- se vor completa căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului sau diagnosticelor cunoscute ori prezumtive pentru care se recomandă investigațiile;

- se va bifa cu "x" căsuța P pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru unele afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție, precum și cele pentru afecțiunile oncologice, în condițiile în care pentru afecțiunile respective medicația a fost prescrisă pentru un interval de timp de 90 zile, căsuța A/S pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile acute/subacute, căsuța C pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru bolile cronice, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate: diabet și boli de nutriție, precum și cele pentru afecțiuni oncologice, în condițiile în care pentru afecțiunile respective medicația a fost prescrisă pentru un interval de timp de 90 zile, pentru stabilirea termenului de valabilitate al biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia;

- "Data trimiterii" - se va specifica data trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate;

- "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a emis biletul de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă;

- "Data reconfirmării" - în situația în care asiguratul se internează în spital în perioada de valabilitate a biletului de trimitere și investigațiile medicale paraclinice de înaltă performanță nu au fost efectuate în timpul spitalizării, se va specifica data reconfirmării trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate, medicul fiind obligat să completeze toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere;

- "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului care a reconfirmat biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere; se aplică ștampila furnizorului de servicii medicale care a reconfirmat biletul de trimitere pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă, pe toate cele 3 exemplare ale biletului de trimitere.

#### **4. Câmpul 4**

- În situația în care se completează anexa nr. 1:

"Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate":

- medicul care trimite asiguratul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație, respectiv numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, separat, pentru fiecare investigație recomandată;

- codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare; pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului -cadru se vor înscrie numerele curente aferente investigațiilor respective;

- "Investigații recomandate" - se va completa de medicul care trimite asiguratul; investigațiile recomandate vor fi scrise lizibil cu majuscule;

- "Investigații efectuate" - se va completa prin bifare cu "x" de furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile. În situația în care furnizorul nu poate efectua toate investigațiile prescrise, le va anula cu o linie pe cele neefectuate, pe ambele exemplare ale biletului de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

- În situația în care se completează una dintre anexele nr. 1a, 1b, 1c, 1d:

**4.1.** "Tip de examen indicat, cod investigație" - se completează precizându-se tipul de examen indicat conform prevederilor din normele metodologice de aplicare a contractului-cadru; se notează codul investigației sau numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

**4.2.** "Date clinice și paraclinice care să justifice investigația" - medicul va consemna datele clinice și paraclinice care justifică investigația;

**4.3.** "S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: Da/Nu" - se va bifa de către medicul care face recomandarea: căsuța "Da", dacă s-au epuizat celelalte metode de diagnostic, respectiv căsuța "Nu", dacă nu s-au epuizat celelalte metode de diagnostic;

**4.4.** "Examen RMN anterior: Da/Nu", "Examen CT anterior: Da/Nu", "Examen scintigrafic anterior: Da/Nu", "Examen angiografic anterior: Da/Nu" - se va bifa de către medicul care face recomandarea căsuța "Da", dacă s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente, respectiv căsuța "Nu", dacă nu s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente;

**4.5.** "Observații speciale legate de pacient" - se vor consemna, de către medicul care face recomandarea, observațiile speciale legate de pacient, prin bifarea căsuței care corespunde situației pacientului, în funcție de tipul de serviciu de înaltă performanță recomandat;

**4.6.** "Substanță de contrast: Da/Nu" - pentru serviciile de înaltă performanță, RMN și CT se va bifa, de către medicul radiolog, căsuța "Da", dacă se utilizează substanță de contrast, respectiv căsuța "Nu", dacă nu se utilizează substanța de contrast.

#### **5. Câmpul 5 - "Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice":**

- se va completa în clar numele persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice, care va executa specimenul de semnătură;

- "LS" - se va aplica ștampila furnizorului de servicii paraclinice care a efectuat investigațiile recomandate.

6. Câmpul 6 - "Data prezentării asiguratului":

- se va completa de către asigurat data la care acesta s-a prezentat la furnizorul de servicii paraclinice pentru efectuarea investigațiilor, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării;

- "Semnătura asiguratului" - se execută semnătura beneficiarului serviciilor paraclinice recomandate după ce a fost informat asupra tipurilor de investigații medicale paraclinice de care urmează să beneficieze, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării.

7. Câmpul 7 - "Pacientul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la un furnizor de servicii medicale paraclinice în termen de...zile de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice! În caz contrar, biletul își pierde valabilitatea."

- se va consemna de către medicul care face recomandarea numărul maxim de zile calendaristice, de la data emiterii biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, pe care pacientul le are la dispoziție pentru a se programa la un furnizor de servicii medicale paraclinice.

8. Câmpul 8 - "Date care necesită a fi înscrisurate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice":

La momentul prezentării asiguratului în vederea efectuării investigațiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurări de sănătate, exemplarul alb original: data prezentării, data programării, precum și de a semna și ștampila acest exemplar indiferent dacă investigațiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentării. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa, iar dacă asiguratul refuză programarea va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere își pierde valabilitatea.