

ORDIN nr. 729 din 17 iulie 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

Forma actualizată la data de 20-ian-2016

www.prostemcell.ro

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției juridic, contencios și acorduri internaționale nr. JA/1.769/2009 și Avizul Ministerului Finanțelor Publice nr. 324.746/2009,

în temeiul dispozițiilor art. 236 alin. (3), ale art. 281 alin. (2) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale 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. 1

Se aprobă 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, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2

Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3

La data intrării în vigoare a prezentului ordin își încetează aplicabilitatea dispozițiile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. **122/2007** 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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 251 din 16 aprilie 2007, precum și orice alte dispoziții contrare.

Art. 4

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

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Cristian Celea

ANEXĂ:

NORME METODOLOGICE privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 545 din data de 5 august 2009

CAPITOLUL I: Dispoziții generale

Art. 1

(1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate îndeplinește funcția de organism de legătură care asigură comunicarea cu organismele similare din statele care au încheiat cu România documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Casele de asigurări de sănătate îndeplinesc funcția de instituție competentă, care suportă cheltuielile pentru prestațiile de boală și maternitate și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate acordate asiguraților proprii de către furnizori de servicii medicale din alte state, în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Art. 2

Rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, aflate pe teritoriul altor state, în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, precum și recuperarea sumelor plătite furnizorilor de servicii medicale cu care Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau casele de asigurări de sănătate se află în relații contractuale pentru serviciile oferite cetățenilor statelor cu care România are încheiate documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății sunt realizate de casele de asigurări de sănătate prin intermediul Casei Naționale de Asigurări

de Sănătate și, respectiv, de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în situația în care furnizorul se află în relații contractuale cu aceasta.

Art. 3

(1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate deschide la o instituție de credit un cont în lei în care casele de asigurări de sănătate vor vira sumele reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea prestațiilor de boală și maternitate și a indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate asiguraților proprii de către furnizori de servicii medicale din alte state, în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Instituția de credit prevăzută la alin. (1) va fi selectată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea prevederilor art. 9 alin. (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. **146/2002** privind formarea și utilizarea resurselor derulate prin trezoreria statului, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Prin această instituție de credit se derulează operațiunile de decontare ocazionate de acordarea serviciilor medicale furnizate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Art. 4

Acoperirea diferențelor de curs valutar ce rezultă din operațiunile de decontare a cheltuielilor ocazionate de acordarea prestațiilor de boală și maternitate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se realizează din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CAPITOLUL II: Recuperarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale acordate asiguraților străini pe teritoriul României

Art. 5

(1) Casa de asigurări de sănătate administrează baza de date cu cetățenii străini beneficiari ai serviciilor medicale în România și solicită instituțiilor competente din statele din care provin cetățenii străini rambursarea cheltuielilor prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile documentelor internaționale la care România este parte.

(2) În cazul în care cetățeanul străin a beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale oferite de un furnizor de astfel de servicii, aflat în relații contractuale cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, decontarea acestor servicii se va face din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar administrarea bazei de date în acest caz se va face de Casa Națională de

Asigurări de Sănătate, care solicită ulterior instituțiilor competente din statele din care provin cetățenii străini rambursarea cheltuielilor în conformitate cu prevederile documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate prezintă organismului de legătură din statul din care provine asiguratul străin, beneficiar al serviciilor medicale, cererea de rambursare a cheltuielilor, în termenele și condițiile prevăzute în documentele internaționale la care România este parte.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate deschide un cont în valută pentru situația în care organismele de legătură prevăzute la alin. (3) virează sumele reprezentând cheltuielile aferente serviciilor medicale acordate asiguraților străini pe teritoriul României, în valută.

(5) În contul prevăzut la art. 3 alin. (1) se virează și sumele, în lei, reprezentând cheltuielile aferente serviciilor medicale acordate asiguraților străini pe teritoriul României, de către organismele de legătură.

(6) Cheltuielile de administrare ale conturilor prevăzute la alin. (4) și (5) se vor înscrie în bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la titlul II "Bunuri și servicii" alineatul 20.30.30 "Alte cheltuieli cu bunuri și servicii".

(7) În cazul documentelor internaționale care prevăd rambursarea în valută, echivalentul în lei al sumelor încasate de la organismul de legătură este transferat către casa de asigurări de sănătate pentru acoperirea cheltuielilor ocazionate de acordarea prestațiilor de boală și maternitate și a indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini pe teritoriul României.

(8) În situația în care organismul de legătură virează contravaloarea în valută a cererii de rambursare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate transferă către casele de asigurări suma în lei înscrisă de către acestea în cererea de rambursare.

(9) Eventualele diferențe de curs valutar vor fi suportate din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CAPITOLUL III: Rambursarea cheltuielilor aferente prestațiilor de boală și maternitate acordate asiguraților în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România pe teritoriul altui stat

Art. 6

(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), 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 Centrale Europene la rubrica «The euro» - «Procesele de introducere a monedei euro» (accesibil din pagina de internet www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html). Pe baza cursului de schimb anterior 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.

(3) Pentru rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (1), angajamentul legal îl constituie cererea de rambursare a cheltuielilor. Formularele "Propunere de angajare a unei cheltuieli" și "Angajamentul bugetar individual/global" se întocmesc în baza cererii de rambursare a cheltuielilor. Viza "Bun de plată" se acordă în baza formularelor de rambursare a cheltuielilor.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transferă către organismul de legătură din statul unde s-au acordat prestațiile de boală și maternitate sumele în valută pentru cheltuielile menționate la alin. (1) și (5), pe baza documentelor prevăzute în anexa nr. 2.

(5) Eventualele diferențe de curs valutar vor fi suportate din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(6) Sumele prevăzute la alin. (1) se suportă din bugetul casei de asigurări de sănătate de la capitolul "materiale și prestări servicii cu caracter funcțional".

Art. 7

(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 dacă 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 evidența 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 dacă 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 devenite 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. 3a, 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 E126 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; 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 asistența medicală acordată, situație confirmată prin completarea de către instituția de la locul de ședere a formularului E126 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 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 E126 sau similar, în vederea rambursării. După primirea răspunsului la formularul E126 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 devenite necesară, utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3b. 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 E126 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) lit. 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) lit. b) și alin. (5) rambursarea se realizează către solicitant, la nivelul tarifelor prevăzute la art. 71, 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), 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 Centrale 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). 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 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal.

(16) În situația în care din formularul E126 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 de zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la formularul E126 sau similar, cu indicarea temeiului legal.

Art. 7¹

(1) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale devenite necesară, prevăzută la art. 7 alin. (4) lit. b), precum și la art. 7 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 devenite 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 regăsesc 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 regăsesc 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: $ICM \times TCP$, 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) 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.

Art. 8 Abrogat

CAPITOLUL IV: Dispoziții finale

Art. 9

(1) Înregistrarea în contabilitate a operațiunilor prevăzute la art. 2 și 3 se efectuează potrivit monografiei contabile prevăzute în anexa nr. 4.

(2) Anexele nr. 1-4 fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

ANEXA nr. 1: SOLICITARE pentru acordare de prevedere bugetară

Casa de Asigurări de Sănătate

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

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

Anexăm următoarele:

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

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

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

Președinte-director general,

.....

Director executiv economic,

.....

Întocmit la data de

ANEXA nr. 1a: SOLICITARE pentru acordare de prevedere bugetară

(- Anexa nr. 1a la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

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 E127) cu costul mediu lunar (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene), aferent perioadei

(zi/lună/an - zi/lună/an) înscrise în formularul E127, pentru asigurații cu reședința în țara, și cuprinse în centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară. Anexăm următoarele:

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

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

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

Președinte-director general,

.....

Director executiv economic,

.....

Întocmit la data de

ANEXA nr. 1b: CENTRALIZATOR privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară întocmită conform prevederilor art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare, pentru formularele E125 sau similar, întocmite de statul*)

(- Anexa nr. 1b la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. /Data

Nr. crt.	Nr./Data/adresa stat	Nr./Data/adresa CNAS	Numele și prenumele asiguratului	Tipul documentului care a deschis dreptul la prestație	Nr. formularului E125/similar	Perioada prestației (semestru/an financiar)	Valută	Suma în valută	Curs valutar la data	Suma în lei
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=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. Câte un exemplar pe suport hârtie și în format electronic se transmite la Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu solicitarea pentru acordare de prevedere bugetară.

Președinte-director general,

.....

Director executiv economic,

.....

Întocmit

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

ANEXA nr. 1c: CENTRALIZATOR privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară întocmită conform prevederilor art. 6 din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu

modificările și completările ulterioare, pentru formularele E127 sau similar întocmite de statul*)

(- Anexa nr. 1c la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. /Data

Nr. crt.	Nr./Data adresa stat	Nr./Data/adresa CNAS	Numele și prenumele asiguratului/membrului de familie	Data nașterii asiguratului/membrului de familie	Tipul documentului care a deschis dreptul la prestație	Nr. formularului E127/similar	Perioada în care au fost acordate drepturile, din anul**)	Număr sume forfetare lunare	Valută	Cost mediu lunar	Sumă în valută
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11=C8xC10

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

Președinte-director general,
.....

Director executiv economic,
.....

Întocmit

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

ANEXA nr. 2: CERERE pentru efectuarea plății externe

Casa de Asigurări de Sănătate

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în, prin reprezentanții săi legali,, președinte-director general, și, director executiv economic (ca instituție competentă conform prevederilor legale în vigoare), autorizează Casa Națională de Asigurări de Sănătate (ca organism de legătură conform prevederilor legale în vigoare) să efectueze în numele și pentru ea plata sumei de (valuta în care se face plata) conform cererilor de rambursare primite din țara și cuprinse în centralizatorul cererilor pentru efectuarea de plăți externe către statul, pentru care Casa Națională de Asigurări de Sănătate a comunicat solicitările de prevedere bugetară aprobate.

În acest sens, cu Ordinul de plată nr. din data de am virat suma de lei în contul dumneavoastră nr. deschis la

Suma de va fi virată:

În țara

Beneficiar,

având numărul de cont

Banca beneficiarului

Adresa băncii

Cod BIC (SWIFT)

- Anexăm următoarele documente:

- copia ordinului de plată cu care v-am virat contravaloarea în lei a valutei necesare transferului. Ordinul de plată se întocmește distinct pentru fiecare cerere de plată externă;

- centralizator de cereri pentru efectuarea de plăți externe către statul (se completează conform modelului din anexa nr. 2a la normele metodologice);

- copia adresei prin care Casa Națională de Asigurări de Sănătate a comunicat solicitările de prevedere bugetară aprobate.

Menționăm că 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 nr. 2a: CENTRALIZATOR DE CERERI pentru efectuarea de plăți externe către statul*)

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. /Data

Nr. crt.	Nr./Data Adresa stat	Nr./Data/Adresa CNAS	Numele și prenumele asiguratului	Tipul documentului care a deschis dreptul la prestație	Nr. formularului E 125/E 127/similare**)	Semestru/An financiar/Perioada în care au fost acordate drepturile	Valuta	Suma în valută	Curs valutar	Suma în lei	Nr./Data Ordin de plată
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = 8 x 9	11
TOTAL									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.

***) În situația în care suma totală din prezentul centralizator nu este egală cu totalul sumelor corespunzătoare solicitărilor de prevedere bugetară aprobate și comunicate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, se va justifica în scris acest lucru.

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 cererea pentru efectuarea de plăți externe.

Președinte-director general,
.....

Director executiv economic,
.....

Întocmit

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

ANEXA nr. 3: SOLICITARE pentru acordare de prevedere bugetară

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

Această sumă este necesară pentru efectuarea plății sumei de lei [reprezentând contravaloarea a (valuta în care s-a efectuat plata)] solicitantului, pentru serviciile medicale acordate asiguratului în țara, conform Notei de calcul nr. din data de, anexată la prezenta solicitare.

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

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

Președinte-director general,
.....

Director executiv economic,
.....

ANEXA nr. 3^a: CERERE-TIP pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv Confederației Elvețiene

(- Anexa nr. 3a la normele metodologice)

Către Casa de Asigurări de Sănătate

Adresa

Data

Stimate domnule/Stimată doamnă președinte-director general,

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

|_| asigurat, codul numeric personal

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

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul statului, asistență medicală acordată fără a se prezenta cardul european de asigurări sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate sau în cazul în care acesta nu a fost recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere.

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 E126 sau similar;

2. |_| la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare la data efectuării plății; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil procedura prin utilizarea formularului E126 sau similar în vederea determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Anexez prezentei următoarele documente:

- a) documente în original, care dovedesc efectuarea plății, însoțite de traduceri în limba română;

- b) copiile³) documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de care am beneficiat; pentru situația prevăzută la pct. 2 aceste documente sunt însoțite de traducerile în limba română.

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

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr.4), deschis la5), numele/prenumele beneficiarului contului, CNP beneficiar cont

Semnătura solicitantului

.....

1)Numele și prenumele solicitantului.

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

3)Certificate "conform cu originalul" și semnate de solicitant.

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

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

ANEXA nr. 3^b: NOTĂ DE CALCUL privind rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară

(- Anexa nr. 3b la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate
Nr./data

Aprobat

Președinte-director general

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	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)	Obs
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	

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

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

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

Medic-șef,
.....

Director Relații contractuale,
.....

Întocmit
.....

ANEXA nr. 4: MONOGRAFIE privind înregistrarea în contabilitate a operațiunilor de decontare a prestațiilor de boală și maternitate

I.Decontarea cheltuielilor aferente prestațiilor de boală și maternitate acordate asiguraților în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România pe teritoriul altui stat

1.În cazul efectuării plății către organismul de legătură de pe teritoriul altui stat

a)la casele de asigurări de sănătate județene

înregistrarea cheltuielii aferente prestației de boală	628	462
se efectuează plata în contul CNAS deschis la o instituție de credit	462	481
	481	7705

b)la Casa Națională de Asigurări de Sănătate

alimentarea contului din instituția de credit pentru cheltuieli bancare	581	7705
	5121	581
încasarea contravalorii în lei a prestației de boală de la casele de asigurări de sănătate județene	5121	462
cumpărare valută de către CNAS	581	5121
	5124	581
transferul valutei la organismul de legătură din străinătate	462	5124
achitarea comisioanelor bancare	627	5121
	627	5124
încasarea dobânzilor datorate	5121	5187
	5124	5187
	5187	766
se vinde valuta provenită din dobânzi bancare	581	5124
	5121	581
veniturile din dobânzi se transferă la trezorerie	581	5121

	5711	581
înregistrarea diferențelor de curs valutar favorabile	5124	765
înregistrarea diferențelor de curs valutar nefavorabile	665	5124
la sfârșitul anului, închiderea conturilor deschise în valută de la instituția de credit	581	5124
	5121	581
la sfârșitul anului, închiderea conturilor deschise în lei de la instituția de credit	581	5121
	7705	581

2.În cazul efectuării plății către asigurat de către casele de asigurări de sănătate județene

înregistrarea cheltuielii aferente prestației de boală	628	462
efectuarea plății către asigurat prin numerar	581	7705
	531	581
	462	531
sau	462	7705
efectuarea plății către asigurat prin virament		

II.Decontarea cheltuielilor aferente prestațiilor de boală și maternitate acordate asiguraților străini pe teritoriul României

a)la Casa Națională de Asigurări de Sănătate

încasarea cheltuielilor aferente prestațiilor de boală de la organismul de legătură din străinătate	5124	462
	5121	462
vânzarea valutei încasate din prestații de boală de la organismul de legătură din străinătate	581	5124
	5121	581
transferul sumelor rezultate din vânzarea valutei la casa de asigurări de sănătate	462	5121

b)la casele de asigurări de sănătate județene

se achită contravaloarea prestației medicale pentru asiguratul străin spitalului unde acesta a fost tratat	628	401
	401	7705
înregistrarea creanței de încasat pentru serviciul medical acordat asiguratului străin		
în cazul în care se încasează contravaloarea unei prestații din anii precedenți	461	117
	7705	461
în cazul în care se încasează contravaloarea unei prestații din anul curent	461	7514
	5711	461

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 545 din data de 5 august 2009

Forma actualizată la data de 20-ian-2016

www.prostemcell.ro