

**ORDIN nr. 489 din 23 octombrie 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**

Având în vedere:

- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [681/243/2006](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

- Referatul comun de aprobare al Ministerului Sănătății Publice și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. E.N. 5.816/D.G. 4.746/2006, în temeiul:

- Legii nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare;

- Hotărârii Guvernului nr. [862/2006](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice;

- Hotărârii Guvernului nr. [972/2006](#) pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

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

**Art. 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.

**Art. 2**

Casa Națională de Asigurări de Sănătate asigură implementarea biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1, înscrierea acestora, numerotarea filelor carnetelor cuprinzând biletele de trimitere pentru investigații paraclinice, precum și distribuirea acestora.

**Art. 3**

(1) Se aprobă Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, prevăzute în anexa nr. 2.

(2) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (1) este obligatorie.

**Art. 4**

Medicul care eliberează biletele de trimitere pentru investigații paraclinice este responsabil de realitatea datelor înscrise în rubricile completate.

**Art. 5**

Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezentul ordin.

**Art. 6**

(1) Prevederile prezentului ordin se aplică de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(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. [681/243/2006](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 1 decembrie 2006.

..\*\*\*..

Ministrul sănătății publice,  
**Gheorghe Eugen Nicolăescu**  
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Cristian Vlădescu**

**ANEXA Nr. 1:**

Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS

Serie ..... Nr. ....

1. Unitate medicală CUI .....	L.S. <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> Amb. Spec.	Nivel de prioritate Urgență <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	---

Sediu (localitate, str., nr.) .....			Curente <input type="checkbox"/>
Județul .....			
Casa de asigurări/Nr. contract .....			

2. Date identificare asigurat	<input type="checkbox"/> Salariat	<input type="checkbox"/> Veteran	
Asigurat la CAS: ..... RC: .....	<input type="checkbox"/> Persoana în întreținere	<input type="checkbox"/> Revoluționar	
Nume .....	<input type="checkbox"/> Pensionar	<input type="checkbox"/> Handicap	
Prenume .....	<input type="checkbox"/> Copil (< 18 ani)	<input type="checkbox"/> PNS.....	
CNP .....	<input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)	<input type="checkbox"/> Ajutor social	
	<input type="checkbox"/> Gravida/Lehuză	<input type="checkbox"/> Șomaj	
		<input type="checkbox"/> Alte categorii	
Beneficiar	Pachet de bază <input type="checkbox"/>	Pachet facultativ <input type="checkbox"/>	Pachet minimal <input type="checkbox"/>

3. Cod diagnostic	Diagnostic .....	
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Data trimiterii .....	Semnătura medicului .....	Cod parafa <input type="text"/>

Poziția	Cod investigație	Investigații recomandate	Investigații efectuate
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de laborator .....	L.S. Laborator
---	----------------

6. Data prezentării asiguratului .....	Semnătura asiguratului .....
--	------------------------------

## **ANEXA Nr. 2: INSTRUCȚIUNI privind utilizarea și modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice**

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

**1.** Recomandarea pentru investigații paraclinice se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de investigații paraclinice atrage răspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozițiile legale.

**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, potrivit specialității și competențelor, respectiv atestatelor pe care le-au obținut, și 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, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

- emiterea de către unitățile 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 paraclinice se pot efectua de către orice furnizor de investigații 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.

**5.** Utilizarea formularelor pentru investigații paraclinice cu regim special nu exclude utilizarea fișelor de recomandare pentru investigațiile paraclinice RMN, CT, scintigrafie, cuprinse în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

**(B)** Instrucțiuni privind utilizarea formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice decontate din Fondul național unic 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 paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii 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 versoul 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 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 fiscale.

**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 paraclinice pe baza biletului de trimitere, distribuirea 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 paraclinice decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

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

**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 contract, numărul contractului de furnizare de servicii medicale în baza căruia medicul prescriptor prestează serviciul;

**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;

**c)** "Nivel de prioritate" - se va bifa cu "x" căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al investigațiilor 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:

- 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 "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, precum și cele provenite din pensii;

- se bifează căsuța "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările 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 "Alte categorii" pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se 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, 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);

- 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 Publice, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;

- categoria "Persoană în întreținere" se referă la soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

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

**e)** "CNP" - se completează cu codul numeric personal al asiguratului, format din 13 cifre;

**f)** se va bifa cu "x" căsuța "Pachet de bază", "Pachet facultativ" sau "Pachet minimal", în funcție de tipul de asigurare a beneficiarului.

**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;

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

- "Semnătura medicului/Cod parafă" - se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia.

**4.** Câmpul 4 - "Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate":

- medicul care trimite asiguratul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație separat, pentru fiecare investigație recomandată;

- codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare;

- "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 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 paraclinice.

**5.** Câmpul 5 - "Numele și semnătura persoanei desemnate de laborator":

- se va completa în clar numele persoanei desemnate de furnizorul de servicii 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;

- "Semnătura asiguratului" - se execută semnătura beneficiarului serviciilor paraclinice recomandate după ce a fost informat asupra tipurilor de investigații paraclinice de care urmează să beneficieze.

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 939 din data de 21 noiembrie 2006