

**10.** Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor se vor face după cum urmează:

**a)** casele de asigurări de sănătate vor distribui, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, carnetele înseriate și numerotate fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate, respectiv medicului care a încheiat convenție cu aceasta; casele de asigurări de sănătate vor asigura evidența carnetelor de prescripție medicală distribuite;

**b)** gestionarea carnetelor de prescripții medicale 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 prescripții medicale se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii.**

»(la data 24-feb-2011 punctul 10., litera D. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 8. din **Ordinul 129/2011** )

**11. \_**

**(1)** Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu prescripții medicale cu și fără contribuție personală, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

**(2)** Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați cu drept de prescriere, distribuirea și arhivarea carnetelor de prescripții medicale la nivelul furnizorului se vor face în conformitate cu prevederile legale în vigoare și pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele 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 rețetelor returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

**(3)** Înregistrarea prescripțiilor medicale emise asiguraților se va face în documentele medicale de evidență primară, pentru fiecare prescripție în parte, după cum urmează:

**a)** se notează seria și numărul prescripției medicale emise în registrul de consultații, la rubrica "Tratamente";

**b)** la externarea pacientului din spital se notează seria și numărul prescripției medicale emise în epicriză și în scrisoarea medicală.

**CAPITOLUL II: Modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală**

**Formularele de prescripții medicale se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor.**

**Formularele cu regim special - prescripții medicale vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.**

»(la data 01-iun-2011 capitolul II modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 870/2011** )

**1. "Unitate medicală"**

**a) se completează cu denumirea cabinetului medical sau a unității medicale, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care medicul a încheiat contractul/convenția, numărul contractului de furnizare de servicii medicale sau al convenției. Medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;**

»(la data 01-iun-2011 punctul 1., litera A. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 870/2011** )



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

- «MF» - medicină de familie;

- «Amb. Spec.» - ambulatoriul de specialitate (inclusiv cabinetele de medicină dentară); medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casa de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța «Amb. Spec.» atunci când eliberează prescripții medicale pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- «Spital» - pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, inclusiv cele autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi;

- «Altele» - conform prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- «MF-MM» - se bifează atunci când medicul de familie prescrie medicamente pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; rețeta eliberată de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii va constitui o rețetă distinctă;

»(la data 01-iun-2011 punctul 1., litera B. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 870/2011**)

c) "număr zile prescriere" - se completează obligatoriu de medic numărul de zile pentru care se face prescrierea, pentru toate tipurile de rețete;

d) "LS" - loc ștampilă furnizor de servicii medicale;

e) "Aprobat Comisie" - în cazul în care se prescriu medicamente pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul caselor de asigurări de sănătate sau la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, se notează: grupa de boală cronică aferentă afecțiunii care a fost aprobată de comisie (G\_X)/numărul programului (P\_X), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare emis/emisă de comisii.

- în cazul inițierii sau menținerii unui tratament cu medicamente imunosupresoare de referință pentru bolnavii în status posttransplant și care au obținut, în condițiile legii, aprobarea Agenției Naționale de Transplant, se notează: numărul programului (P9.7), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare emis/emisă de Agenția Națională de Transplant.

"Semnătură medic" - se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa acestuia.

»(la data 02-iul-2012 punctul 1., litera E. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 680/2012**)

2. "Asigurat":

a) "la CAS" - se va nota casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află



asiguratul;

**b) "FO/RC"** - se completează numărul foi de observație (FO) doar în cazul prescrierii rețetei la externarea pacientului din spital sau numărul din registrul de consultații;

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

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

**(ii) se bifează categoria "coasigurat" pentru soț, soție și părinții fără venituri proprii care sunt în întreținerea unei persoane asigurate;**

**(iii) se bifează "pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie; pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună se bifează categoria "0-700 lei/lună"**

**(iv) se bifează "copii <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);**

**(v) se bifează "elev/ucenic/student (18-26 ani)" pentru toate persoanele de la 18 la 26 de 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. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință în condițiile contractului-cadru, dacă nu realizează venituri din muncă;**

**(vi) se bifează «gravidă/lăuză» pentru toate persoanele gravide sau lăuze. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile Contractului-cadru, indiferent dacă realizează sau nu venituri;**

**(vii) se bifează «veteran, revoluționar sau handicap» pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale. Pentru aceste categorii, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor specifice se suportă din fond, în condițiile Contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;**

**(viii) se bifează «PNS» pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pe perioada în care sunt incluși în program, și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate în care sunt incluși;**

**(ix) se bifează categoria "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;**

*»(la data 02-iul-2012 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 5. din Ordinul 680/2012 )*

*»(la data 02-iul-2012 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 5. din Ordinul 680/2012 )*

**(x) la rubrica "Alte categorii" se va nota:**

**- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct pe formularul de prescripție medicală, dar care sunt menționate distinct la art. 213 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind**



reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;

- cifra 2, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat menționate pe formularul de prescripție și care beneficiază de nivel de compensare ca un asigurat obișnuit;

- cifra 3, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106, E 109, E 112, E 120, E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare.

»(la data 02-iul-2012 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 680/2012**)

(xi)se bifează "personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/218/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 24 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2004 privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;

(xii)se bifează "liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

(xiii)se bifează "Card european (CE)" pentru persoanele care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European (cu excepția României). În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România.

(xiv)se bifează "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;

»(la data 01-iun-2011 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 870/2011**)

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

e) câmpul "CNP/CE/PASS" corespunde codului numeric personal/număr card european/număr pașaport. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

- (i)pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al asiguratului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe;

- (ii)pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului;

- (iii)pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se va completa: numărul pașaportului pentru beneficiarii formularelor europene, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul nr. 8 de pe acesta) pentru titularii de card european.

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

»(la data 02-iul-2012 punctul 2., litera E. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 6. din **Ordinul 680/2012**)

3. «Diagnostic» - se vor nota toate diagnosticele pacientului pentru care au



**fost prescrise medicamente;**

»(la data 24-feb-2011 punctul 3. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 15. din **Ordinul 129/2011** )

4. "Dată prescriere" - se completează cu data emiterii prescripției medicale;

5. «**Semnătură medic**» (parafă/cod) - se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

»(la data 01-iun-2011 punctul 5. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 6. din **Ordinul 870/2011** )

6. Prescripția propriu-zisă:

a) "% preț ref."

(i)se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50% sau 100% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1); procentul de compensare 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în Contractul-cadru; procentul de compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3), conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) sau integral contravaloarea medicamentelor, dacă prețul pe unitate terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc); prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

»(la data 24-feb-2011 punctul 6., litera A. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 16. din **Ordinul 129/2011** )

»(la data 20-oct-2008 punctul 6., litera B. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 10. din **Ordinul 1604/2008** )

»(la data 20-oct-2008 punctul 6., litera B. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 10. din **Ordinul 1604/2008** )

b) "Listă":

(i)pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A și B, se va nota "A", respectiv "B" la rubrica "Listă";

(ii)pentru prescripțiile care conțin și DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult / copil, în rubrica "Listă", în dreptul DCI-urilor aferente unei categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1-G31). Completarea câmpului "cod boală" este obligatorie;

(iii)pentru categoriile de asigurați de la pct. 2 lit. c), subpct. (iv), (v) și (vi), se vor putea prescrie toate DCI-urile din sublista C - secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;

»(la data 01-apr-2009 punctul 6., litera B. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 17. din **Ordinul**



419/2009 )

c) «Cod boală» - medicul prescriptor va înscrie codul diagnosticului/diagnosticilor pentru care se face prescripția medicamentelor, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală;

»(la data 24-feb-2011 punctul 6., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 17. din **Ordinul 129/2011** )

d) "Tip dg" - pentru fiecare cod de boală se va nota categoria în care se încadrează diagnosticul - acut/subacut/cronic. Dată fiind perioada de valabilitate a prescripției, diferită pentru afecțiuni acute/subacute și afecțiuni cronice, pe același formular de prescripție medicală nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic;

e) "Denumire comună internațională/Denumire comercială/FF/Concentrație" - se completează cu denumirea comună internațională și/sau denumirea comercială, conform contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, respectiv hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însoțită de forma farmaceutică și de concentrație, conform listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului, respectiv listei medicamentelor (denumiri comerciale), aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aflate în vigoare la data respectivă.

Pentru testele de automonitorizare prescrise bolnavilor cu diabet zaharat insulinodependent se va specifica sintagma "teste de automonitorizare";

»(la data 02-iul-2012 punctul 6., litera E. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 680/2012** )

e<sup>1</sup>) "Cantitate" - se va specifica cantitatea necesară tratamentului, trecută în cifre și în litere; se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescrise, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

»(la data 02-iul-2012 punctul 6., litera E<sup>1</sup>. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 680/2012** )

e<sup>2</sup>) "D.S" - se va specifica calea de administrare a medicamentului;

»(la data 02-iul-2012 punctul 6., litera E<sup>2</sup>. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 680/2012** )

f) prescrierea DCI-urilor din sublista C, secțiunea C2, dacă pacientul este beneficiarul unuia dintre programele/subprogramele naționale de sănătate, se face cu indicarea programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: P3 - Programul național de oncologie, P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (P.9.7 - Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților transplantați) și a unor boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4) și epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7), respectiv cu indicarea programului



pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

»(la data 02-iul-2012 punctul 6., litera F. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 10. din Ordinul 680/2012 )

7. "Am primit medicamentele" - se completează de asigurat sau de împuternicitul acestuia (persoana care ridică medicamentele pentru asigurat, fără a fi nevoie de împuternicire legală).

8. "Asigurat/Împuternicit" - se alege prin bifare cu «X» categoria în care se încadrează persoana care ridică medicamentele; datele de identificare (numele, prenumele, BI/CI, seria, numărul, adresa completă, codul numeric personal/codul unic de asigurare/număr card european/număr pașaport) vor fi ale persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicit).

»(la data 02-iul-2012 punctul 8. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 8. din Ordinul 680/2012 )

9. "Semnătură primitor" - se execută semnătura persoanei care ridică medicamentele din farmacie.

10. "Data eliberării" - se completează cu data eliberării medicamentelor din farmacie.

11. «Taxare» - farmacistul va menționa în rubrica «Denumire comercială» și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicitul acestuia) medicamentele pe care le eliberează. În cazul testelor de automonitorizare, farmacia va specifica în cadrul acestei rubrici sintagma «teste de automonitorizare», iar la rubrica «Valoare compensare» va înscrie suma rezultată ca urmare a înmulțirii numărului de teste de automonitorizare eliberate cu prețul de decontare stabilit pentru un test de automonitorizare. În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, farmacistul le anulează în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective. În cazul DCI-urilor din sublista B prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, la rubrica «Valoare compensare» se vor trece pentru fiecare medicament valoarea de compensare corespunzătoare aplicării cotei de 50% din prețul de referință, notându-se în paranteză «CNAS», și valoarea de compensare de 40% din prețul de referință, notându-se în paranteză «MS», pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru.

În rubrica «Total» din secțiunea «Taxare» se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3.

»(la data 01-iun-2011 punctul 11. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 7. din Ordinul 870/2011 )

11<sup>1</sup>. «Contribuție asigurat» - se menționează valoarea contribuției asiguratului, conform bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor.

»(la data 24-feb-2011 punctul 11. din capitolul II completat de Art. I, punctul 22. din Ordinul 129/2011 )

12. "Bon fiscal nr. " - se completează de către farmacie cu numărul bonului fiscal



generat cu ocazia eliberării medicamentelor.

»(la data 01-apr-2009 punctul 13. din capitolul II abrogat de Art. I, punctul 23. din **Ordinul 419/2009** )

»(la data 20-oct-2008 punctul 14. din capitolul II abrogat de Art. I, punctul 15. din **Ordinul 1604/2008** )

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 361 din data de 12 mai 2008

**\*) Până la epuizarea actualelor stocuri de formulare de prescripții medicale, acestea pot fi utilizate în paralel cu formularul de prescripții medicale aprobat prin prezentul ordin, dar nu mai târziu de 1 iulie 2009.**

»(la data 01-apr-2009 Actul a se vedea referinte de aplicare din Art. II, alin. (1) din **Ordinul 419/2009** )

**\*) Până la epuizarea actualelor stocuri de formulare de prescripții medicale, care prevăd pragul valoric de 600 lei, acestea pot fi utilizate în paralel cu formularul de prescripție medicală cu prag valoric de 700 lei, dar nu mai târziu de 30 septembrie 2009.**

»(la data 01-iul-2009 Actul a se vedea referinte de aplicare din Art. III din **Ordinul 774/2009** )

**\*) Sintagma "Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009" se înlocuiește cu sintagma "hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate"**

»(la data 24-feb-2011 Actul modificat de Art. I, punctul 1. din **Ordinul 129/2011** )

**\*) Sintagma "Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 417/431/2009" se înlocuiește cu sintagma "normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate"**

»(la data 24-feb-2011 Actul modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 129/2011** )

**\*) - în tot cuprinsul actului sintagma "cod numeric personal" se înlocuiește cu sintagma "cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz"**

»(la data 02-iul-2012 Actul modificat de Art. I, punctul 10. din **Ordinul 680/2012** )

Forma sintetică la data 06-aug-2012. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.