

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

Forma sintetică la data 16-Jul-2021. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

▶(la data 01-Apr-2018 a se vedea referinte de aplicare din [Ordinul 457/2018](#))

▶(la data 01-Jun-2014 a se vedea referinte de aplicare din [Ordinul 622/2014](#))

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 și 1d, după caz.

▶(la data 01-Jun-2014 Art. 1, alin. (2) modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 622/2014](#))

▶(la data 01-Jun-2014 Art. 1, alin. (3) abrogat de Art. I, punctul 2. din [Ordinul 622/2014](#))

▶(la data 01-Jun-2014 Art. 1, alin. (4) abrogat de Art. I, punctul 2. din [Ordinul 622/2014](#))

(5) Pentru serviciile medicale paraclinice - analize medicale de laborator recomandate de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copiii cu vârstă cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârstă de 18 ani și peste 18 ani, se utilizează biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - formular cu regim special, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1f. Durata de valabilitate a biletului de trimitere prevăzut în anexa nr. 1f este de 90 de zile.

▶(la data 01-Jul-2021 Art. 1, alin. (5) modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 1.155/2021](#))

Art. 2

Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, înserierea 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 și 1f.

▶(la data 30-Apr-2015 Art. 2 modificat de Art. I, punctul 2. din [Ordinul 493/2015](#))

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.

(1¹) Prin excepție de la prevederile alin. (1), Instrucțiunile privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru biletul de trimitere prevăzut în anexa nr. 1f sunt prevăzute în anexa nr. 2a.

▶(la data 30-Apr-2015 Art. 3, alin. (1) completat de Art. I, punctul 3. din [Ordinul 493/2015](#))

(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.

(2¹) Aplicarea prevederilor instrucțiunilor prevăzute la alin. (1¹) este obligatorie pentru toți medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

▶(la data 30-Apr-2015 Art. 3, alin. (2) completat de Art. I, punctul 4. din [Ordinul 493/2015](#))

(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, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

▶(la data 01-Jun-2014 Art. 3, alin. (3) modificat de Art. I, punctul 4. din [Ordinul 622/2014](#))

Art. 4

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

▶(la data 30-Apr-2015 Art. 4 modificat de Art. I, punctul 5. din [Ordinul 493/2015](#))

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: BILET DE TRIMITERE pentru investigații paraclinice

► (la data 01-Jun-2014 anexa 1 a se vedea referinte de aplicare din Art. II din **Ordinul 622/2014**)

*) În anexa nr. 1, la punctul 2, câmpul "CNP/CE/PASS" se modifică și va avea următorul cuprins: "CID/CNP/CE/PASS".

*) În anexa nr. 1, punctul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 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"/> Gravida/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 | | |

*) - la punctul 2, sintagma "CNP/CE/PASS" se modifică și va avea următorul cuprins: "CID/CNP/CE/PASS".

▶ (la data 01-Jun-2014 anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 13. din **Ordinul 622/2014**)

| | | | |
|---|---------------------------|---------------------------------|------|
| 3. Cod diagnostic | P | A/S | C |
| Diagnostic | | | |
| | | | |
| Data trimiterii .././... | Semnătura medicului | Cod parafă | L.S. |
| 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 | | | |
| SARCINA ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EFECTUAREA EXAMENULUI SCINTIGRAFIC!!! | | | |
| 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. | | | |

*) - punctul 7 se abrogă.

▶ (la data 01-Jun-2014 anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 14. din **Ordinul 622/2014**)

*) În anexa nr. 1c, secțiunea 3 "Cod diagnostic" se modifică și va avea următorul cuprins:

▶ (la data 01-Apr-2018 anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 457/2018**)

| | | | |
|--|---------------------------|----------------|---|
| 3. Cod diagnostic | P | A/S | C |
| Diagnostic | | | |
| | | | |
| Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune | | | |
| Data trimiterii .././... | Semnătura medicului | Cod parafă | |
| Data reconfirmării .././... | Semnătura medicului | Cod parafă | |

*) În anexa nr. 1c, secțiunea 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

"5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:"

▶ (la data 01-Apr-2018 anexa 1^C modificat de Art. I, punctul 8. din **Ordinul 457/2018**)

ANEXA Nr. 1^d: BILET DE TRIMITERE pentru investigații paraclinice decontate de CAS. Servicii de înaltă performanță - ANGIOGRAFIE

▶ (la data 01-Jun-2014 anexa 1^D a se vedea referințe de aplicare din Art. II din **Ordinul 622/2014**)

| | |
|--|-------------|
| | COD DE BARE |
|--|-------------|

▶(la data 01-Apr-2018 anexa 1^F modificat de Art. I, punctul 11. din [Ordinul 457/2018](#))

▶(la data 01-Jun-2014 anexa 1^E abrogat de Art. I, punctul 17. din [Ordinul 622/2014](#))

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 și 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.

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (A), punctul 1. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 18. din [Ordinul 622/2014](#))

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 două culori. Exemplarul 2 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul), pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (B), punctul 1. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 19. din [Ordinul 622/2014](#))

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, 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 2, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 2), 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.

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (B), punctul 4. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 20. din [Ordinul 622/2014](#))

(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 «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 de la terminarea studiilor, ucenicii sau studenții, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4-6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști;

- 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;

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/ai Confederației Elvețiene (cu

excepția României), titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate;

- 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;

- la rubrica "Alte categorii" se va nota:

- cifra 1, 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;

- cifra 2, 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 01-Jul-2021 alin. (C), punctul 2., litera C. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 3. din [Ordinul 1.155/2021](#))

d) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, adresa completă); adresa completă nu este câmp obligatoriu de completat;

▶(la data 30-Apr-2015 alin. (C), punctul 2., litera D. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 7. din [Ordinul 493/2015](#))

e) câmpul «CID/CNP/CE/PASS» corespunde codului unic de identificare/codului numeric personal/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

- pentru cetățenii români se completează codul unic de identificare sau, după caz, 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, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord se va completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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 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 codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele

membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin.

▶(la data 01-Jul-2021 alin. (C), punctul 2., litera E. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 11. din [Ordinul 1.155/2021](#))

Notă: Pentru situațiile în care se recomandă analize medicale de laborator de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - până la tipărirea formularelor de bilete de trimitere al căror model este prevăzut în anexa nr. 1f, dar nu mai târziu de data de 30 iunie 2015 -, informațiile de la lit. c) a câmpului 2 se completează obligatoriu numai pentru situațiile prevăzute la categoriile «Acorduri internaționale» și «Alte categorii» - pentru beneficiarii formularelor europene.

▶(la data 30-Apr-2015 alin. (C), punctul 2. din anexa 2 completat de Art. I, punctul 9. din [Ordinul 493/2015](#))

3. Câmpul 3:

- "Cod diagnostic"

(i)Se vor completa căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului sau diagnosticelor cunoscute ori prezumtive pentru care se recomandă investigațiile, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

(ii)Se va bifa cu «x»: căsuța P pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în programele naționale de sănătate; 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; căsuța M pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi; pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Data fiind perioada de valabilitate a biletului de trimitere, diferită pentru afecțiuni acute/subacute și afecțiuni cronice, inclusiv cele cuprinse în programele naționale de sănătate, pe același formular de bilet de trimitere nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic/tip diagnostic pentru afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate. Pentru recomandarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi, se va completa bilet de trimitere distinct, acesta având termen de valabilitate conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru recomandarea de investigații histopatologice, citologice și imunohistochimice se va întocmi bilet de trimitere distinct, având termen de valabilitate conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

NOTĂ:

În situațiile în care se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori (dar nu mai târziu de 31 mai 2014), pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat, medicul care face recomandarea va menționa «management de caz» pe formularul biletului de

trimitere, aplicând totodată semnătura și parafa, fără a se completa vreuna dintre căsuțele: P; A/S; C.

NOTĂ:

Pentru situațiile în care se recomandă analize medicale de laborator de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, a căror contravaloare se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator-până la tipărirea formularelor de bilete de trimitere al căror model este prevăzut în anexa nr. 1f, dar nu mai târziu de data de 30 iunie 2015 -, medicul care face recomandarea va menționa pe formularul biletului de trimitere, după caz, următoarele:

- «PREV 1» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani inclusiv;
- «PREV 2» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 ani inclusiv;
- «PREV 3» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 12 și 17 ani inclusiv;
- «PREV 4» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru persoanele asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 de ani;
- «PREV 5» - dacă analizele medicale de laborator se recomandă pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 de ani și peste 40 de ani, aplicând totodată semnătura și parafa, fără a se completa vreuna dintre căsuțele: P; A/S; C; M, și în titlul biletului de trimitere medicul de familie va tăia cu o linie sintagma «decontate de CAS».

Pentru recomandarea analizelor medicale de laborator de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani medicii de familie vor întocmi bilet de trimitere distinct.

NOTA 2: Pentru situațiile în care se recomandă investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare sau investigații medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective, medicul care face recomandarea va menționa pe formularul biletului de trimitere, după caz, următoarele:

- «Monitor 1» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare;
- «Monitor 2» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli oncologice;
- «Monitor 3» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților cu diabet zaharat;
- «Monitor 4» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cardiovasculare;
- «Monitor 5» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli rare;
- «Monitor 6» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli neurologice;
- «Monitor 7» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cerebrovasculare,

aplicând totodată semnătura și parafa.

Pentru recomandarea investigațiilor paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare sau a investigațiilor medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective, medicul care face recomandarea va întocmi bilet de trimitere distinct.

(iii)- «Data trimiterii» - se va specifica data trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate; la biletele de trimitere pentru recomandarea de investigații histopatologice și citologice, la câmpul «data trimiterii» se va specifica data trimiterii asiguratului pentru efectuarea investigațiilor recomandate sau se va specifica data recoltării probei/probelor la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu (dată ce coincide cu data transmiterii probei/probelor recoltate către laboratorul de anatomie patologică), după caz.

(iv)- «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; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

(v)«Data reconfirmării» - acest câmp nu va fi completat. 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, asiguratul are obligația prezentării biletului de externare/scrisorii medicale din care să rezulte că aceste investigații nu au fost făcute pe perioada internării.

(vi)- «Semnătura medicului/Cod parafă» - se execută specimenul de semnătură a medicului care a reconfirmat biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia pe cele două exemplare ale biletului de trimitere; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă pe cele două exemplare ale biletului de trimitere.

(vii)Se bifează căsuța «Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune» dacă la nivelul furnizorului există documente doveditoare pentru cazurile respective, astfel:

- se notează cifra 1 pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă;
- se notează cifra 2 pentru cazurile care reprezintă boli profesionale;
- se notează cifra 3 pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane.

NOTA:

Până la tipărirea formularelor de bilete de trimitere pentru investigații paraclinice în formatele prevăzute în anexele nr. 1, 1a, 1b, 1c și 1d la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011, cu modificările și completările ulterioare, se va nota de către medicul prescriptor, pe versoul biletului de trimitere, dacă biletul a fost emis pentru cazuri care reprezintă accidente de muncă/boli profesionale/cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății propriei persoane, din culpă.

▶(la data 01-Jul-2021 alin. (C), punctul 3. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 4. din [Ordinul 1.155/2021](#))

4. Câmpul 4

a)—

- 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 biletul de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (C), punctul 4., litera A. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 24. din Ordinul 622/2014)

b) _

- 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.

Notă: Pentru situațiile în care se recomandă investigațiile medicale paraclinice angiografie RMN și angiografie CT, medicul prescriptor va completa anexa nr. 1a, respectiv anexa nr. 1b la ordin.

▶(la data 01-Jul-2021 alin. (C), punctul 4., litera B., subpunctul 4.6.. din anexa 2 completat de Art. I, punctul 5. din Ordinul 1.155/2021)

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (C), punctul 4., litera C. din anexa 2 abrogat de Art. I, punctul 25. din Ordinul 622/2014)

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;

▶(la data 01-Apr-2018 alin. (C), punctul 5. din anexa 2 abrogat de Art. I, punctul 16. din [Ordinul 457/2018](#))

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;

- pe biletele de trimitere pentru investigații histologice și citologice se completează de către asigurat câmpurile "data prezentării asiguratului" și "semnătura asiguratului", numai în situația în care recoltarea probei/probelor se face la nivelul laboratorului.

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (C), punctul 6. din anexa 2 completat de Art. I, punctul 26. din [Ordinul 622/2014](#))

- "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.

▶(la data 01-Jun-2014 alin. (C), punctul 7. din anexa 2 abrogat de Art. I, punctul 27. din [Ordinul 622/2014](#))

8. Câmpul 8 - «Date care necesită a fi inscripționate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice»

În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării asiguratului, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe versoul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examinărilor histopatologice și citologice, asiguratul va declara pe propria răspundere pe versoul biletului de trimitere că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

▶(la data 01-Apr-2018 alin. (C), punctul 8. din anexa 2 modificat de Art. I, punctul 17. din [Ordinul 457/2018](#))

ANEXA nr. 2^a: INSTRUCȚIUNI privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice - analize medicale de laborator recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază

▶(la data 01-Jul-2021 anexa 2^A modificat de Art. I, punctul 6. din [Ordinul 1.155/2021](#))

CAPITOLUL 1: A. Principii generale

1. Recomandarea pentru investigații medicale paraclinice în cadrul consultațiilor preventive se face pe formularul cu regim special prevăzut în anexa nr. 1f la ordin de către medicii de familie care au, potrivit reglementărilor legale în vigoare, dreptul de a face recomandări de astfel de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

▶(la data 01-Jul-2021 punctul 1. din anexa 2^A, capitolul 1 modificat de Art. I, punctul 7. din [Ordinul 1.155/2021](#))

2. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice, denumit în continuare bilet de trimitere, se completează de către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia și numai pentru persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

▶(la data 01-Jul-2021 punctul 2. din anexa 2^A, capitolul 1 modificat de Art. I, punctul 7. din [Ordinul 1.155/2021](#))

3. Se interzice emiterea acestor bilete de trimitere de către medicii de familie care nu au încheiat contracte/convenții de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

4. Investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator recomandate pe baza biletului de trimitere al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1f se pot efectua de către orice furnizor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

CAPITOLUL 2: B. Instrucțiuni privind utilizarea în sistemul de asigurări sociale de sănătate a formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice - analize medicale de laborator recomandate de către medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive

▶(la data 01-Jul-2021 anexa 2^A, capitolul 2 modificat de Art. I, punctul 8. din [Ordinul 1.155/2021](#))

1. Biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (roz) rămâne în carnet, la medicul de familie care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul), pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

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 în asistența medicală primară care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere distribuite furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară;

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 achiziționa 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 în asistența medicală primară 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 de familie angajați care au dreptul de a trimite asiguratul la investigații medicale paraclinice pe baza biletului de trimitere prevăzut în anexa nr. 1f la ordin, 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 de familie, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a

exemplarului 2, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 2), 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.

CAPITOLUL 3: C. Instrucțiuni de completare a formularelor de bilet de trimitere pentru analize medicale de laborator recomandate de către medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

▶ (la data 01-Jul-2021 anexa 2^A, capitolul 3 modificat de Art. I, punctul 9. din [Ordinul 1.155/2021](#))

(1) 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.

(2) _

1. Câmpul 1 - "Unitate medicală":

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 de familie pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale.

2. Câmpul 2 - "Date de 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) "data nașterii" - se va completa ziua, luna și anul nașterii;

d) la "vârstă" se notează în cifre vârsta împlinită a asiguratului;

e) se va bifa cu x căsuța F sau M corespunzătoare sexului (feminin/masculin);

f) 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;

g) la rubrica "Alte categorii" se va nota:

- cifra 2, 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;

h) se vor nota datele de identificare ale pacientului - numele și prenumele;

i) câmpul "CID/CNP/PASS" corespunde codului unic de identificare/codului numeric personal/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

- pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, 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, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord se va completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004

al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;

- 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 codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin.

▶(la data 01-Jul-2021 alin. (2), punctul 2., litera I. din anexa 2^A, capitolul 3 modificat de Art. I, punctul 11. din [Ordinul 1.155/2021](#))

3. Câmpul 3 - "Cod diagnostic":

(i) Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie prin care se recomandă investigații paraclinice - analize medicale de laborator în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani inclusiv, precum și pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 18 ani și peste 18 ani, codul de diagnostic completat va fi 999.

(ii) În căsuța «PREV» se va nota:

- cifra 1 - pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani inclusiv;
- cifra 2 - pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 9 ani inclusiv;
- cifra 3 - pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 10 și 17 ani inclusiv;
- cifra 4 - pentru persoanele asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 de ani;
- cifra 5 - pentru persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 de ani și peste.

(iii) "Data trimiterii" - se va specifica data întocmirii biletului de trimitere pentru investigațiile paraclinice recomandate.

(iv) «Semnătura medicului/Cod parafă» - se execută specimenul de semnătură a medicului de familie care a emis biletul de trimitere și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; medicii de familie pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă.

▶(la data 01-Jul-2021 alin. (2), punctul 3. din anexa 2^A, capitolul 3 modificat de Art. I, punctul 10. din [Ordinul 1.155/2021](#))

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 medicale 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 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 biletul de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

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

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

paraclinice, care va executa specimenul de semnătură;

▶(la data 01-Apr-2018 alin. (2), punctul 5. din anexa 2^A, capitolul 3 abrogat de Art. I, punctul 19. din **Ordinul 457/2018**)

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 - «Date care necesită a fi inscripționate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice»

În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării asiguratului, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe versoul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, asiguratul va declara pe propria răspundere pe versoul biletului de trimitere că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

▶(la data 01-Apr-2018 alin. (2), punctul 7. din anexa 2^A, capitolul 3 modificat de Art. I, punctul 20. din **Ordinul 457/2018**)

ANEXA nr. 3: LISTA abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, conform prevederilor respectivelor documente

▶(la data 01-Jul-2021 anexa 3 modificat de Art. I, punctul 11. din **Ordinul 1.155/2021**)

▶(la data 01-Jun-2014 anexa 3 modificat de Art. I, punctul 29. din **Ordinul 622/2014**)

| Codul țării | Denumirea țării | Card european de asigurări de sănătate | Acord internațional |
|-------------|-------------------------------------|--|---------------------|
| AF | Afganistan | NU | NU |
| ZA | Africa de Sud | NU | NU |
| AL | Albania | NU | DA |
| DZ | Algeria | NU | DA |
| AD | Andorra | NU | NU |
| AO | Angola | NU | NU |
| AI | Anguilla | NU | NU |
| AG | Antigua și Barbuda | NU | NU |
| AN | Antilele Olandeze (Bonaire) | NU | NU |
| AR | Argentina | NU | NU |
| AM | Armenia | NU | DA |
| AW | Aruba | NU | NU |
| SH | Teritoriile britanice de peste mări | NU | NU |

| | | | |
|----|---------------------------|----|----|
| AU | Australia | NU | NU |
| AT | Austria | DA | NU |
| AZ | Azerbaidjan | NU | NU |
| BS | Bahamas | NU | NU |
| BH | Bahrain | NU | NU |
| BD | Bangladesh | NU | NU |
| BB | Barbados | NU | NU |
| BY | Belarus | NU | DA |
| BE | Belgia | DA | NU |
| BZ | Belize | NU | NU |
| BJ | Benin | NU | NU |
| BM | Bermude | NU | NU |
| BO | Bolivia | NU | NU |
| BA | Bosnia și Herțegovina | NU | DA |
| BW | Botswana | NU | NU |
| BR | Brazilia | NU | NU |
| BN | Brunei | NU | NU |
| BG | Bulgaria | DA | NU |
| BF | Burkina Faso | NU | NU |
| BI | Burundi | NU | NU |
| BT | Bhutan | NU | NU |
| KH | Cambodgia | NU | NU |
| CM | Camerun | NU | NU |
| CA | Canada | NU | NU |
| SP | Insulele Canare | NU | NU |
| CV | Capul Verde | NU | NU |
| KY | Insulele Cayman | NU | NU |
| CZ | Cehia | DA | NU |
| CF | Republica Centrafricană | NU | NU |
| CL | Chile | NU | NU |
| CN | China | NU | DA |
| TD | Ciad | NU | NU |
| CY | Cipru | DA | NU |
| CI | Cote d'Ivoire | NU | NU |
| CO | Columbia | NU | NU |
| YT | Mayotte | NU | NU |
| PM | Saint Pierre și Miquelon | NU | NU |
| KM | Uniunea Comorelor | NU | NU |
| CD | Republica Democrată Congo | NU | NU |
| CG | Republica Congo | NU | NU |
| KR | Coreea de Sud | NU | DA |
| CR | Costa Rica | NU | NU |
| HR | Croația | DA | NU |
| CU | Cuba | NU | DA |
| DK | Danemarca | DA | NU |
| DJ | Djibouti | NU | NU |
| DM | Dominica | NU | NU |
| DO | Republica Dominicană | NU | NU |
| EC | Ecuador | NU | NU |
| EG | Egipt | NU | NU |
| SV | El Salvador | NU | NU |
| CH | Elveția | DA | NU |
| AE | Emiratele Arabe Unite | NU | NU |

| | | | |
|----|--|----|----|
| | Eritreea | NU | NU |
| EE | Estonia | DA | NU |
| ET | Etiopia | NU | NU |
| FJ | Fiji | NU | NU |
| FI | Finlanda | DA | NU |
| FR | Franța | DA | NU |
| GA | Gabon | NU | NU |
| GM | Gambia | NU | NU |
| GE | Georgia | NU | NU |
| GS | Georgia de Sud și Insulele Sandwich de Sud | NU | NU |
| DE | Germania | DA | NU |
| GH | Ghana | NU | NU |
| GI | Gibraltar | NU | NU |
| GR | Grecia | DA | NU |
| GD | Grenada | NU | NU |
| GL | Groenlanda | NU | NU |
| GP | Guadelupa | NU | NU |
| GU | Guam | NU | NU |
| GT | Guatemala | NU | NU |
| GN | Guineea | NU | NU |
| GW | Guineea-Bissau | NU | NU |
| GQ | Guineea Ecuatorială | NU | NU |
| GY | Guyana | NU | NU |
| GF | Guyana Franceză | NU | NU |
| HT | Haiti | NU | NU |
| HN | Honduras | NU | NU |
| IN | India | NU | DA |
| ID | Indonezia | NU | NU |
| CK | Insulele Cook | NU | NU |
| FK | Insulele Falkland (Malvine) | NU | NU |
| FO | Insulele Feroe | NU | NU |
| MP | Insulele Mariane | NU | NU |
| SB | Insulele Solomon | NU | NU |
| VG | Insulele Virgine Britanice | NU | NU |
| VI | Insulele Virgine SUA | NU | NU |
| WF | Insulele Wallis și Futuna | NU | NU |
| JO | Regatul Hașemit al Iordaniei | NU | DA |
| IR | Republica Islamică Iran | NU | NU |
| IQ | Irak | NU | NU |
| IE | Irlanda | DA | NU |
| IS | Islanda | DA | NU |
| PS | Autoritatea Palestiniană | NU | NU |
| IT | Italia | DA | NU |
| JM | Jamaica | NU | NU |
| JP | Japonia | NU | NU |
| KZ | Kazahstan | NU | NU |
| KE | Kenya | NU | NU |
| KG | Kârgâzstan | NU | NU |
| KI | Kiribati | NU | NU |
| XZ | Kosovo | NU | NU |
| KW | Kuwait | NU | DA |
| LA | Laos | NU | NU |
| LS | Lesotho | NU | NU |

| | | | |
|----|---|----|----|
| | Letonia | DA | NU |
| LB | Liban | NU | NU |
| LR | Liberia | NU | NU |
| LY | Libia | NU | NU |
| LI | Liechtenstein | DA | NU |
| LT | Lituania | DA | NU |
| LU | Luxemburg | DA | NU |
| GB | Marea Britanie | DA | NU |
| MO | Macao | NU | NU |
| MK | Macedonia | NU | DA |
| MG | Madagascar | NU | NU |
| MY | Malaysia | NU | NU |
| MW | Malawi | NU | NU |
| MV | Maldiva | NU | NU |
| ML | Mali | NU | NU |
| MT | Malta | DA | NU |
| MA | Maroc | NU | NU |
| MH | Marshall (insule) | NU | NU |
| MQ | Martinica | NU | NU |
| MR | Mauritania | NU | NU |
| MU | Mauritius | NU | NU |
| MX | Mexic | NU | NU |
| FM | Micronezia (stat federal) | NU | NU |
| MD | Moldova | NU | DA |
| MC | Monaco | NU | NU |
| MN | Mongolia | NU | NU |
| MS | Montserrat | NU | NU |
| MZ | Mozambic | NU | NU |
| MM | Myanmar | NU | NU |
| NA | Namibia | NU | NU |
| NR | Nauru | NU | NU |
| NP | Nepal | NU | NU |
| NI | Nicaragua | NU | NU |
| NE | Niger | NU | NU |
| NG | Nigeria | NU | NU |
| NU | Insula Niue | NU | NU |
| NF | Insula Norfolk | NU | NU |
| NO | Norvegia | DA | NU |
| NC | Noua Caledonie | NU | NU |
| NZ | Noua Zeelandă | NU | NU |
| NL | Olanda | DA | NU |
| OM | Oman | NU | NU |
| PK | Pakistan | NU | NU |
| PW | Palau | NU | NU |
| PA | Panama | NU | NU |
| PG | Papua Noua Guinee | NU | NU |
| PY | Paraguay | NU | NU |
| PE | Peru | NU | DA |
| PH | Filipine | NU | NU |
| PN | Insulele Pitcairn, Henderson, Ducie și Oeno | NU | NU |
| PF | Polinezia Franceză | NU | NU |
| PL | Polonia | DA | NU |
| PR | Puerto Rico | NU | NU |

| | | | |
|----|---|----|----|
| | Portugalia | DA | NU |
| QA | Qatar | NU | NU |
| KP | Coreea de Nord | NU | DA |
| RE | Reunion | NU | NU |
| RU | Rusia (federație) | NU | DA |
| RW | Rwanda | NU | NU |
| AS | Samoa (SUA) | NU | NU |
| WS | Samoa Occidentală | NU | NU |
| SM | San Marino | NU | NU |
| ST | Sao Tome și Principe | NU | NU |
| SA | Arabia Saudită | NU | NU |
| SN | Senegal | NU | NU |
| RS | Serbia | NU | DA |
| SC | Seychelles | NU | NU |
| KN | Federația Saint Kitts și Nevis | NU | NU |
| LC | Saint Lucia | NU | NU |
| VC | Saint Vincent și Grenadinele | NU | NU |
| SL | Sierra Leone | NU | NU |
| SG | Singapore | NU | NU |
| SY | Siria | NU | DA |
| SK | Slovacia | DA | NU |
| SI | Slovenia | DA | NU |
| SO | Somalia | NU | NU |
| ES | Spania | DA | NU |
| LK | Sri Lanka | NU | NU |
| US | Statele Unite ale Americii | NU | NU |
| SD | Sudan | NU | NU |
| SE | Suedia | DA | NU |
| SR | Surinam | NU | NU |
| SZ | Swaziland | NU | NU |
| TJ | Tadjikistan | NU | NU |
| TH | Thailanda | NU | NU |
| TW | Taiwan | NU | NU |
| TZ | Tanzania | NU | NU |
| IO | Teritoriul Britanic din Oceanul Indian | NU | NU |
| TF | Teritoriile Australe și Antarctice Franceze | NU | NU |
| TG | Togo | NU | NU |
| TK | Tokelau | NU | NU |
| TO | Tonga | NU | NU |
| TT | Trinidad și Tobago | NU | NU |
| TN | Tunisia | NU | NU |
| TR | Turcia | NU | DA |
| TM | Turkmenistan | NU | NU |
| TV | Tuvalu | NU | NU |
| UG | Uganda | NU | NU |
| UA | Ucraina | NU | DA |
| HU | Ungaria | DA | NU |
| UY | Uruguay | NU | NU |
| UZ | Uzbekistan | NU | NU |
| VU | Vanuatu | NU | NU |
| VA | Vatican | NU | NU |
| VE | Venezuela | NU | NU |
| VN | Vietnam | NU | NU |

| | | | |
|----|------------|----|----|
| | Yemen | NU | NU |
| ZM | Zambia | NU | NU |
| ZW | Zimbabwe | NU | NU |
| IL | Israel | NU | NU |
| ME | Muntenegro | NU | DA |

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 385 din data de 1 iunie 2011

*) În tot cuprinsul ordinului, sintagma "cod numeric personal" se înlocuiește cu sintagma "cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz".

► (la data 03-Jul-2012 Actul modificat de Art. I, punctul 4. din [Ordinul 681/2012](#))

Forma sintetică la data 16-Jul-2021. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.