

ORDIN nr. 674 din 29 iunie 2012 privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Forma sintetică la data 07-ian-2016. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

Având în vedere Referatul de aprobare nr. C.V. 1.869 din 29 iunie 2012 al Ministerului Sănătății și nr. DG/1.690 din 28 iunie 2012 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, În temeiul prevederilor:

- titlului VIII - Asigurările sociale de sănătate din Legea nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii 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 și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. [1.388/2010](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, cu modificările ulterioare;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [1.723/950/2011](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [1.591/1.110/2010](#) pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. [144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. [972/2006](#) pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

Art. 1

(1) Se aprobă modelul formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, prevăzut în anexa nr. 1.

(2) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și poate fi: on-line sau off-line.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente obligatorii: o componentă care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de către farmacist, denumite în continuare componenta prescriere, respectiv componenta eliberare. Prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are și o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracționată, în ceea ce privește atât numărul medicamentelor, cât și cantitatea din fiecare medicament, denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Prescripția medicală electronică on-line este formularul de prescripție medicală în format electronic completat de medic/farmacist folosind o aplicație informatică dedicată, conectată la Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescripția fiind validată și înregistrată în formă electronică în sistem înainte de a fi tipărită. Pentru conectarea la Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de

medicamentelor recomandate

Acest document a fost înregistrat cu numărul/..... în Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică al CNAS.

Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. **455/2001** și ale Hotărârii Guvernului nr. **1259/2001** de către: cu certificatul numărul din data emis de - furnizor de servicii de certificare acreditat conform legii.

Acest document a fost imprimat folosind aplicația dezvoltată de

▶(la data 06-iun-2014 anexa 1 modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 656/2014**)

ANEXA Nr. 2: NORME METODOLOGICE privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

CAPITOLUL I:

1. Începând cu data de 1 februarie 2014, prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face pe formularul prevăzut în anexa nr. 1 la ordin de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a prescrie în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Prin excepție, până la data prevăzută în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line prevăzut în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. De asemenea, face excepție prescrierea medicamentelor stupefiante și psihotrope prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1.915/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările ulterioare.

▶(la data 01-feb-2014 punctul 1. din anexa 2, capitolul I modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1509/2013**)

Prin derogare de la prevederile de mai sus, în prescripția medicală electronică întocmită distinct pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinoțratat se prescriu și testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinoțratat, în condițiile 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.

Formularele de prescripție medicală utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt: formularul prevăzut în anexa nr. 1 la ordin; formularul de prescripție medicală cu regim special prevăzut în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, până la data prevăzută în normele metodologice de aplicare a Contractului - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012 și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, formularele de prescripții pentru medicamentele stupefiante și psihotrope prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. **1.915/2006**, cu modificările ulterioare.

Utilizarea altor formulare pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție

personală atrage răspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozițiile legale.

2. Se interzic:

a) emiterea prescripțiilor medicale electronice conținând medicamente care se eliberează cu și fără contribuție personală de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale/convenții cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale;

b) emiterea prescripțiilor medicale electronice conținând medicamente care se eliberează compensat 100% din prețul de referință sau din prețul de decontare altor categorii de asigurați decât cele prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) emiterea de către unitățile spitalicești, pentru asigurați, pe timpul internării acestora, a prescripțiilor medicale electronice cu și fără contribuție personală - cu excepția situațiilor prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

(la data 06-iun-2014 punctul 2., litera C. din anexa 2, capitolul I modificat de Art. I, punctul 4. din [Ordinul 656/2014](#))

3. Durata pentru care se pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală este cea prevăzută în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

4. Prescripțiile medicale electronice cu și fără contribuție personală se pot elibera de către orice farmacie care, la data eliberării prescripției medicale electronice, se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, respectiv de către farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul bolnavilor cuprinși în unele programe de sănătate cu scop curativ, conform 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.

5. Pe același formular de prescripție medicală electronică pot fi cuprinse denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, din toate sublistele A, B, C și D, conform Hotărârii Guvernului nr. [720/2008](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare [sublista B - mai puțin DCI-urile prescrise cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; mai puțin DCI-urile prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună; secțiunea C1 - mai puțin DCI-urile prescrise în bolile cronice cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; secțiunea C2 - mai puțin DCI-urile prescrise în diabet zaharat, afecțiuni oncologice, stări posttransplant și unele boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare P6 - mucoviscidoză (P6.4), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7), în Programul național de endocrinologie (P.7) DCI Teriparatidum; secțiunea C3; mai puțin medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat].

(la data 01-oct-2015 punctul 5. din anexa 2, capitolul I modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 1201/2015](#))

6. Se va întocmi o prescripție medicală electronică distinctă pentru fiecare dintre următoarele situații:

6.1. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat); astfel, se va întocmi câte o prescripție distinctă pentru fiecare dintre situațiile următoare: tratamentul cu antidiabetice orale (ADO), tratamentul cu insuline + teste de automonitorizare, tratamentul mixt (ADO + insuline) + teste de automonitorizare;

6.2. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P3 - Programul național de oncologie), conform hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

(la data 06-iun-2014 punctul 6., subpunctul 6.2. din anexa 2, capitolul I modificat de Art. I, punctul 6. din [Ordinul 656/2014](#))

6.3. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu stare posttransplant (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană);

6.4. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate cu scop curativ pentru care eliberarea se face prin farmaciile cu circuit închis ale spitalelor, 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 (pentru fiecare program, DCI-urile corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor fac obiectul unei prescripții distincte);

6.5. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nominalizate în sublista B; DCI-uri pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescrise în cadrul tratamentului următoarelor grupe de boli cronice: hepatite cronice de etiologie virală B, C și D cu HVB și HCV (G4), ciroză hepatică (G7), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine (G22), boala Gaucher (G29), boala cronică inflamatorie intestinală (G31a), poliartrita reumatoidă (G31b), artropatia psoriazică (G31c), spondilita ankilozantă (G31d), artrita juvenilă (G31e), psoriazis cronic sever (plăci) (G31f), DCI-uri nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. [720/2008](#), cu modificările și completările ulterioare;

6.6. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii;

6.7. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual;

6.8. DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare - P6 - mucoviscidoză (P6.4), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7);

(la data 06-iun-2014 punctul 6., subpunctul 6.8. din anexa 2, capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din [Ordinul 656/2014](#))

6.8¹. DCI-ul Teriparatidum pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu osteoporoză (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P7 - Programul național de boli endocrine);

(la data 06-iun-2014 punctul 6., subpunctul 6.8. din anexa 2, capitolul I completat de Art. I, punctul 8. din [Ordinul 656/2014](#))

6.9. DCI-uri din cadrul sublistei B, prescrise în regim de compensare 90% din prețul de referință pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

6.10. Medicamente corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte

cost-volum/cost volum-rezultat

▶(la data 10-iul-2015 punctul 6., subpunctul 6.9.. din anexa 2, capitolul I completat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 801/2015**)

7. Prezența în formularul de prescripție medicală electronică a doar 7 poziții pentru prescriere nu limitează drepturile asiguratului prevăzute în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În situațiile în care, pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul are nevoie de mai mult de 7 medicamente diferite, din subliste diferite/lună, se pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevăzute de contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

8. Prescripțiile medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală sunt listate de către medicul prescriptor, respectiv farmacie în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate și în normele tehnice de aplicare al hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate.

9. În situația în care medicul prescriptor completează greșit rubricile din componenta prescriere, acestea pot fi corectate înainte de validarea și înregistrarea prescripției medicale electronice în Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu menținerea seriei și numărului prescripției medicale electronice. În situația în care medicul prescriptor constată că o prescripție medicală electronică - componenta prescriere a fost greșit completată, după validarea și înregistrarea acesteia în Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescripția medicală electronică respectivă va fi anulată de medicul prescriptor, dacă aceasta nu a fost eliberată, și acesta nu va mai putea prescrie o altă prescripție medicală electronică - componenta prescriere cu aceeași serie și același număr.

10. Atribuirea, gestionarea și solicitarea de prescripții medicale electronice se face după cum urmează:

a) casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contract cu acestea, respectiv medicilor care au încheiat convenție cu acestea pentru prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală, la cererea acestora, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, un număr de prescripții medicale on-line și off-line, generat automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

▶(la data 06-iun-2014 punctul 10., litera A. din anexa 2, capitolul I modificat de Art. I, punctul 9. din **Ordinul 656/2014**)

b) gestionarea prescripțiilor medicale electronice la nivelul caselor de asigurări de sănătate presupune:

b1)evidența prescripțiilor medicale electronice atribuite pe furnizori de servicii medicale care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate/medici care au încheiat convenții cu casele de asigurări de sănătate pentru prescriere de medicamente;

b2)evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line - componenta prescriere - prescrise asiguraților, pe medic prescriptor;

b3)evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line eliberate - componenta eliberare -, inclusiv a celor pentru care eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise se face de mai multe farmacii;

b4)evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line pe program/subprogram de sănătate;

c) furnizorii de servicii medicale/medicii care au încheiat convenție cu casele pentru prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală își vor asigura, la cerere, un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

d) solicitarea seriilor și numerelor corespunzătoare formularelor de prescripții medicale electronice on-line și off-line se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de

servicii medicale sau de către împuternicitul legal al acestuia, respectiv de către medicii care au încheiat convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală.

11. _

(1) Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați cu drept de prescriere, atribuirea seriilor și numerelor de prescripții medicale electronice la nivelul furnizorului se face în ordinea cronologică a solicitărilor de prescripții medicale electronice în aplicația informatică - prescripție electronică de către medicii prescriptori și în ordinea crescătoare a numărului prescripțiilor medicale electronice aflate la dispoziția furnizorului.

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

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

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

CAPITOLUL II: Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală

(1) _

Formularele de prescripție medicală electronică se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice și sunt generate automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la nivelul caselor de asigurări de sănătate. Componenta eliberare, inclusiv pentru situațiile în care eliberarea se face de mai multe farmacii, are aceeași serie și același număr cu componenta prescriere.

Formularele de prescripție medicală electronică on-line și off-line vor avea inscripționat un cod de bare cu următorul conținut:

a) pentru componenta prescriere, codul de bare va conține toate informațiile aferente rubricilor completate de medicul prescriptor până la momentul listării prescripției medicale electronice;

b) pentru componenta eliberare, codul de bare va conține toate informațiile aferente rubricilor completate de medicul prescriptor până la momentul listării prescripției medicale electronice de către acesta, precum și toate informațiile aferente rubricilor completate de către farmacie.

(2) _

I. Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală - componenta prescriere

1. "Unitate medicală":

a) se completează cu denumirea cabinetului medical sau a unității medicale, adresa cabinetului medical sau a unității medicale, codul unic de identificare - CUI, casa de asigurări de sănătate cu care medicul a încheiat contractul/convenția, numărul contractului de furnizare de servicii medicale sau al convenției;

(la data 01-nov-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 1., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din [Ordinul 1209/2014](#))

a¹) Telefon/Fax medic prescriptor (cu prefixul de țară) - se va completa cu numărul de telefon, respectiv numărul de fax al medicului prescriptor, menționându-se și prefixul de țară. (0040 sau +40);

a²) E-mail medic prescriptor - se va completa cu adresa de e-mail a medicului prescriptor;

(la data 26-mar-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 1., litera A. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I din [Ordinul 298/2014](#))

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

- "MF" - medicină de familie;
- "Ambulatoriu" - 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 "Ambulatoriu" atunci când eliberează prescripții medicale electronice 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, pentru prescripțiile medicale electronice prescrise la externare;
- «Altele» se va nota:
- cifra 1 pentru convențiile încheiate cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționare de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- cifra 2 pentru convențiile încheiate cu celelalte categorii de medici prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 1., litera B. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 10. din [Ordinul 656/2014](#))

- "MF-MM" - se bifează atunci când medicul de familie prescrie medicamente pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; prescripția medicală electronică eliberată de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii va constitui o prescripție medicală electronică distinctă;

c) «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 (Gnr)/numărul programului (Pnr), 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 comisie;

(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 1., litera C. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 11. din [Ordinul 656/2014](#))

2. "Asigurat":

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

(i) 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);

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

(v) se bifează "Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)" pentru toate persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 și 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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului

- cadru, dacă nu realizează venituri din muncă;

(vi) se bifează "Gravidă/Lehuză" pentru toate persoanele gravide sau lăuze. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, 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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;

(viii) se bifează «PNS» doar pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse, și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate în care sunt incluși;

*(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 12. din **Ordinul 656/2014**)*

(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;

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

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct în formularul de prescripție medicală electronică, dar care sunt menționate distinct la art. 224 alin. (1) lit. c) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;

*(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1201/2015**)*

*(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1201/2015**)*

*(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1201/2015**)*

(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, al Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană (cu excepția României). În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România;

*(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 13. din **Ordinul 656/2014**)*

(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 anexa nr. 2, capitolul II, punctul I "Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală - componenta prescriere", punctul 2, la litera a), subpunctele (viii) și (x) se modifică și vor avea următorul cuprins:

(viii) se bifează «PNS» doar pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

.....

(x) la rubrica «Alte categorii» se va nota:

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct în formularul de prescripție medicală electronică, dar care sunt menționate distinct la art. 224 alin. (1) lit. c) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;

- cifra 2, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat menționate în 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» - corespundente acestor formulare.

⚡ (la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1566/2015**)

b) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, data nașterii, sexul);

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

(i) pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, 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, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene se va completa numărul pașaportului/cărții de identitate 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 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, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin;

⚡ (la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera C. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 14. din **Ordinul 656/2014**)

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția 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 și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin;

d) "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.

3._

a) «Diagnostic/Cod Diag.» - se va/vor nota diagnosticul/diagnosticile pacientului pentru care au fost prescrise medicamente. Pe prescripțiile medicale electronice listate de medicii prescriptori și înmânate asiguratului se completează numai codul/codurile de diagnostic, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală; descrierea diagnosticului/diagnosticelor va rămâne numai în aplicația informatică privind prescrierea electronică de medicamente;

b) PNS - pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C secțiunea C2 se va indica numărul programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: 3 - Programul național de oncologie, 5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, 9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (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 - 6 - mucoviscidoză (6.4), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (6.5.2), sindromul Prader-Willi (6.7), 7 - Programul național de boli endocrine DCI - Teriparatidum, respectiv se va indica programul 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 sau al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*(la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 3. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 1566/2015**)*

4.

a) "Dată prescriere" - se completează cu data emiterii prescripției medicale electronice;

*(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera B. din anexa 2, capitolul II abrogat de Art. I, punctul 15. din **Ordinul 656/2014**)*

c) "Cod diag." - 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;

d) "Tip dg." - pentru fiecare cod de diagnostic 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 electronică nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic;

e) «Denumire comună internațională/Denumire comercială/ Forma farmaceutică/Concentrație» - se completează cu denumirea comună internațională și/sau cu 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 sau 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, și listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare aprobată prin ordin al ministrului sănătății, 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 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera E. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 16. din **Ordinul 656/2014**)*

f) "D.S" - se va specifica calea de administrare a medicamentului;

g) "Cantitate (UT)" - 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;

g¹) «Număr zile tratament». Medicul prescriptor completează, pentru fiecare poziție de medicament prescrisă, numărul de zile pentru care se face prescrierea;

*(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera G. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 17. din **Ordinul 656/2014**)*

h) «% Preț ref.» - se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50%, 100% sau 20% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1) și D; 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) și D, conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri cu vârsta cuprinsă între 18 și 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) și D pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); procentul de compensare 100% din prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate curative, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

*(la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera H. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 1566/2015**)*

i) "Listă":

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

*(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera I. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 1201/2015**)*

(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 diag." este obligatorie;

(iii) pentru categoriile asigurați menționate la pct. 2 lit. a) 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;

(iv) pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C, secțiunea C2, în rubrica «Listă» se va nota C2. Completarea în câmpul 3 litera b) a numărului programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ este obligatorie.

*(la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera I. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 1566/2015**)*

j) Justificare medicală prescriere Denumire comercială - se vor menționa succint situațiile pentru care medicamentul a fost prescris pe Denumire comercială în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului pentru aprobarea contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru și în conformitate cu prevederile 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 sau al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*(la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera J. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 6. din **Ordinul 1566/2015**)*

*(la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera J¹. din anexa 2, capitolul II abrogat de Art. I, punctul 6. din **Ordinul 1566/2015**)*

k) "Parafă medic prescriptor" - se completează numele și prenumele medicului prescriptor, precum și codul de parafă al acestuia;

l) "Semnătură medic prescriptor" - se execută semnătura medicului care a emis prescripția medicală electronică numai în situația în care acesta nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;

m) "L.S. Unitate" - loc ștampilă a furnizorului de servicii medicale, numai în situația în care medicul nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;

n) "Acest document a fost înregistrat cu numărul/..... în Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică al CNAS" - se completează numărul și data de înregistrare a prescripției medicale electronice - componenta prescriere. Numărul de înregistrare se atribuie automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

o) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr.

455/2001 și ale Hotărârii Guvernului nr. **1.259/2001**" - se completează numai în situația în care medicul care a emis prescripția medicală electronică are și utilizează semnătura electronică extinsă.

II. Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală - componenta eliberare

1. "Farmacia" - se completează cu denumirea farmaciei, codul unic de identificare - CUI, casa de asigurări de sănătate cu care farmacia a încheiat contract, numărul contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

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

a) "Asigurat/Împuternicit" - se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadrează persoana care ridică medicamentele;

b) datele de identificare (numele, prenumele, BI/CI seria și numărul, codul unic de asigurare/codul numeric personal/numărul cardului european/numărul pașaportului) vor fi cele ale persoanei care ridică medicamentele (asigurat/împuternicit/copii cu vârsta între 14-18 ani); acest câmp se completează cu datele corespunzătoare numai în situația în care asiguratul nu se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu, respectiv se prezintă cu: adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință, adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. **95/2006**, republicată, în situația în care nu a fost emis cardul național sau cardul european în situația în care prescripția medicală a fost eliberată în baza acestuia, însoțite, după caz, de buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport. Pentru persoanele împuternicite care se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară completarea acestui câmp. Câmpul se va completa numai în situațiile în care împuternicitul se prezintă la farmacie cu buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport, după caz;

*(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul II., punctul 2., litera B. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 1201/2015**)*

c) "Primitorul a renunțat la medicamentele de pe pozițiile ... " - se vor preciza pozițiile (din componenta prescriere) corespunzătoare medicamentelor la care asiguratul/împuternicitul a renunțat;

d) «Semnătură» - se execută semnătura persoanei care ridică medicamentele din farmacie numai în situația în care asiguratul nu se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu, respectiv se prezintă cu: adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință, adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. **95/2006**, republicată, în situația în care nu i-a fost emis cardul național sau cardul european în situația în care prescripția medicală a fost eliberată în baza acestuia, însoțite, după caz, de buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport. Pentru persoanele împuternicite care se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară completarea acestui câmp. Câmpul se va completa numai în situațiile în care împuternicitul se prezintă la farmacie cu buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport, după caz.

*(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul II., punctul 2., litera D. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 1201/2015**)*

3. "Taxare"

a) "Data eliberării" - se completează cu data eliberării medicamentelor din farmacie;

a¹) «Data prescrierii» - se completează de către farmacist cu data prescrierii rețetei care a fost completată de medic în componenta prescriere;

*(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul II., punctul 3., litera A. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 19. din **Ordinul 656/2014**)*

b) "% Preț ref." - se completează conform prevederilor cap. II pct. I.4 lit. h);

c) "Listă" - se completează conform prevederilor cap. II pct. I.4 lit. i);

d) "Cod diag." - se completează codul diagnosticului/diagnosticelor așa cum a fost completat de medicul prescriptor în componenta prescriere;

e) «Denumire comercială» - farmacistul va menționa în această rubrică 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 electronică on-line și off-line, farmacistul va completa componenta eliberare numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia, pe care primitorul semnează, cu precizarea pozițiilor (din componenta prescriere) corespunzătoare medicamentelor la care renunță, 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 cazul eliberării fracționate, în ceea ce privește atât numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament, farmacistul va completa atât componenta eliberare, cât și componenta eliberare pentru pacient și va înmâna primitorului componenta eliberare pentru pacient pentru a se prezenta la aceeași sau la altă farmacie;

(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul II., punctul 3., litera E. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 20. din [Ordinul 656/2014](#))

e¹) «Cantitate eliberată» - farmacistul va menționa în această rubrică cantitatea de medicamente eliberată exprimată în UT. Eliberarea fracționată a medicamentelor se face în condițiile prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

e²) «Număr zile tratament»-se va menționa de către farmacist numărul de zile pentru care a fost eliberat tratamentul corespunzător cantității de medicamente eliberată exprimată în UT.

(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul II., punctul 3., litera E. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 21. din [Ordinul 656/2014](#))

f) în rubrica «Total» din secțiunea «Taxare» se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3, D;

(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul II., punctul 3., litera F. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 6. din [Ordinul 1201/2015](#))

g) "Contribuție asigurat" - se menționează valoarea contribuției asiguratului, conform bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor;

h) "Bon fiscal nr. " - se completează de către farmacie cu numărul bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor;

i) "Numele persoanei care eliberează" - se completează numele și prenumele persoanei care eliberează medicamentele;

j) "Semnătura" - se execută semnătura persoanei care eliberează medicamentele numai în situația în care persoana respectivă nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;

k) "L.S. Farmacie" - loc ștampilă a furnizorului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, numai în situația în care persoana care eliberează medicamentele nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;

l) "Acest document a fost înregistrat cu numărul în Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică al CNAS" - se completează numărul și data de înregistrare a

prescripției medicale electronice - componenta eliberare. Numărul de înregistrare se atribuie automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

m) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. 455/2001 și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.259/2001" - se completează numai în situația în care persoana care eliberează medicamentele are și utilizează semnătura electronică extinsă.

CAPITOLUL III: Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală - componenta eliberare pentru pacient

1. «Farmacia» - se completează cu denumirea farmaciei, codul unic de identificare - CUI, casa de asigurări de sănătate cu care farmacia a încheiat contract, numărul contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

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

a) «Asigurat/Împuternicit» - se alege prin bifare cu «x» categoria în care se încadrează persoana care ridică medicamentele;

b) datele de identificare (numele, prenumele, BI/CI seria și numărul, codul unic de asigurare/codul numeric personal/numărul cardului european/numărul pașaportului) vor fi cele ale persoanei care ridică medicamentele (asigurat/împuternicit/copii cu vârsta între 14-18 ani); acest câmp se completează cu datele corespunzătoare numai în situația în care asiguratul nu se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu, respectiv se prezintă cu: adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință, adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, în situația în care nu i-a fost emis cardul național sau cardul european în situația în care prescripția medicală a fost eliberată în baza acestuia, însoțite, după caz, de buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport. Pentru persoanele împuternicite care se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară completarea acestui câmp. Câmpul se va completa numai în situațiile în care împuternicitul se prezintă la farmacie cu buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport, după caz;

▶(la data 01-oct-2015 punctul 2., litera B. din anexa 2, capitolul III modificat de Art. I, punctul 7. din Ordinul 1201/2015)

c) «Primitorul a renunțat la medicamentele de pe pozițiile... » - se vor preciza pozițiile (din componenta prescriere) corespunzătoare medicamentelor la care asiguratul/împuternicitul a renunțat;

d) «Semnătură» - se execută semnătura persoanei care ridică medicamentele din farmacie numai în situația în care asiguratul nu se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu, respectiv se prezintă cu: adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință, adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, în situația în care nu i-a fost emis cardul național, sau cardul european în situația în care prescripția medicală a fost eliberată în baza acestuia, însoțite, după caz, de buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport. Pentru persoanele împuternicite care se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară completarea acestui câmp. Câmpul se va completa numai în situațiile în care împuternicitul se prezintă la farmacie cu buletin identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport, după caz.

▶(la data 01-oct-2015 punctul 2., litera D. din anexa 2, capitolul III modificat de Art. I, punctul 7. din Ordinul 1201/2015)

3. «Taxare»

- a)** «Data prescrierii» - se completează de către farmacist cu data prescrierii rețetei care a fost completată de medic în componenta prescriere;
- b)** «Data eliberării» - se completează cu data eliberării medicamentelor din farmacie;
- c)** «% Preț ref» - se completează conform prevederilor cap. II pct. 1.4 lit. h);
- d)** «Listă» - se completează conform prevederilor cap. II pct. 1.4 lit. i);
- e)** «Cod diag.» - se completează codul diagnosticului/ diagnosticelor așa cum a fost completat de medicul prescriptor în componenta prescriere;
- f)** «Denumire comercială» - farmacistul va menționa în această rubrică și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicitul acestuia) numai medicamentele pe care le eliberează;
- g)** «Cantitate eliberată» - farmacistul va menționa în această rubrică cantitatea de medicamente eliberată exprimată în UT. Eliberarea fracționată a medicamentelor se face în condițiile prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia;
- h)** «Număr zile tratament» - se va menționa de către farmacist numărul de zile pentru care a fost eliberat tratamentul corespunzător cantității de medicamente eliberate exprimate în UT;
- i)** «Numele persoanei care eliberează» - se completează numele și prenumele persoanei care eliberează medicamentele;
- j)** «Semnătura» - se execută semnătura persoanei care eliberează medicamentele numai în situația în care persoana respectivă nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;
- k)** «L.S. Farmacie» - loc ștampilă a furnizorului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, numai în situația în care persoana care eliberează medicamentele nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;
- l)** «Acest document a fost înregistrat cu numărul în Sistemul informatic pentru prescripția electronică al CNAS» - se completează numărul și data de înregistrare a prescripției medicale electronice - componenta eliberare. Numărul de înregistrare se atribuie automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- m)** «Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. **455/2001** și ale Hotărârii Guvernului nr. **1.259/2001**» - se completează numai în situația în care persoana care eliberează medicamentele are și utilizează semnătura electronică extinsă.

▶ (la data 06-iun-2014 anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 22. din **Ordinul 656/2014**)

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, conform prevederilor respectivelor documente

▶ (la data 06-iun-2014 anexa 3 modificat de anexa 2 din **Ordinul 656/2014**)

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
ER	Eritreea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fiji	NU	NU

	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
LV	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

	Madagascar	NU	NU
MY	Malaysia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldives	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 (inclusiv)	NU	NU
PL	Polonia	DA	NU
PR	Puerto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Qatar	NU	NU
KP	Coreea de Nord	NU	DA
RE	Reunion	NU	NU
RU	Rusia (federală)	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	Seycheiles	NU	NU
KN	Federația Saint Kitts și Nevis	NU	NU
LC	Saint Lucia	NU	NU

	Saint Vincent și Grenadine	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
YE	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 439 din data de 2 iulie 2012

Forma sintetică la data 07-ian-2016. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.