

NORME METODOLOGICE din 23 aprilie 2008 privind utilizarea si modul de completare a formularelor de prescriptie medicala cu regim special pentru medicamente cu si fara contributie personala

Forma sintetică la data 24-mar-2011. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

▶(la data 12-mai-2008 actul a fost aprobat de Ordinul 832/2008)

CAPITOLUL I:

1. Prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala se face pe formularul cu regim special prevazut în anexa nr. 1, de catre medicii care au, potrivit legii, dreptul de a prescrie în sistemul de asigurari sociale de sanatate. Face exceptie prescrierea medicamentelor stupefiante si psihotrope prevazute în Hotarârea Guvernului nr. 1.915/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile ulterioare.

Prin derogare de la prevederile de mai sus, în prescriptia medicala întocmita distinct pentru bolnavii cu diabet zaharat insulino-tratat se prescriu si testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulino-tratat, în conditiile Hotarârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor nationale de sanatate în anul 2009 si ale Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 417/431/2009.

Utilizarea altor formulare pentru prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala atrage raspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozitiile legale.

▶(la data 01-apr-2009 punctul 1. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 2. din Ordinul 419/2009)

2. Se interzic:

a) emiterea prescriptiilor medicale continând medicamente care se elibereaza cu si fara contributie personala de catre medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale/conventii cu casele de asigurari de sanatate, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale;

b) emiterea prescriptiilor medicale continând medicamente care se elibereaza compensat 100% din pretul de referinta sau pretul de decontare altor categorii de asigurati decât cele prevazute în contractul-cadru si în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum si în Hotarârea Guvernului nr. 367/2009 si în Normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 417/431/2009.

▶(la data 01-apr-2009 punctul 2., litera B. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 3. din Ordinul 419/2009)

c) emiterea de catre unitatile spitalicesti, pentru asigurati, pe timpul internarii acestora, a prescriptiilor medicale cu si fara contributie personala, precum si a prescriptiilor medicale contra cost, deoarece medicatia necesara si tratamentul pacientilor spitalizati se asigura integral de catre unitatea spitaliceasca respectiva, indiferent de afectiunile asociate.

3. Durata pentru care se pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala este cea prevazuta în contractul-cadru si în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum si în Hotarârea Guvernului nr. 367/2009 si în Normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 417/431/2009.

▶(la data 01-apr-2009 punctul 3. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 4. din Ordinul 419/2009)

4. Prescriptiile medicale cu si fara contributie personala se pot elibera de catre orice farmacie care, la data eliberarii prescriptiei medicale, se afla în relatie contractuală cu casa de asigurari de sanatate, respectiv de catre farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul bolnavilor cuprinsi în unele programe de sanatate 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.

► (la data 24-feb-2011 punctul 4. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 3. din **Ordinul 129/2011**)

5. Pe același formular de prescripție pot fi cuprinse denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, din toate sublistele A, B și C, 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 baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale 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 și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroză laterală amiotrofică (P6.5), sindromul Prader-Willi (P6.7); secțiunea C3].

► (la data 24-feb-2011 punctul 5. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 129/2011**)

6. Se va întocmi o prescripție 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;

► (la data 24-feb-2011 punctul 6., subpunctul 6.1., din capitolul I modificat de Art. I, punctul 5. din **Ordinul 129/2011**)

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);

► (la data 01-apr-2009 punctul 6., subpunctul 6.2., din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 419/2009**)

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);

► (la data 01-apr-2009 punctul 6., subpunctul 6.3., din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 419/2009**)

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 nr. 367/2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 417/431/2009 (pentru fiecare program DCI-urile corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor fac obiectul unei prescripții distincte);

► (la data 01-apr-2009 punctul 6., subpunctul 6.4., din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 419/2009**)

► (la data 20-oct-2008 punctul 6., subpunctul 6.5., din capitolul I abrogat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 1604/2008**)

► (la data 20-oct-2008 punctul 6., subpunctul 6.5¹., din capitolul I abrogat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 1604/2008**)

6.6. DCI-uri corespunzatoare medicamentelor pentru care tratamentul se efectueaza cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, nominalizate pe sublista B; DCI-uri pentru care aprobarea se da de catre comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, prescrise în cadrul tratamentului urmatoarelor grupe de boli cronice: hepatita cronica de etiologie virala cu HVB si HCV - (G4), ciroza hepatica - (G7), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune supraselara si tumori neuroendocrine - (G22), boala Gaucher - (G29), boala cronica inflamatorie intestinala - G31a, poliartrita reumatoida - (G31b), artropatia psoriazica - (G31c), spondilita ankilozanta - (G31d), artrita juvenila - (G31e), psoriazis cronic sever (placi) - (G31f), DCI-uri nominalizate în Hotarârea Guvernului nr. 720/2008, cu completarile ulterioare;

▶(la data 01-apr-2009 punctul 6., subpunctul 6.6.. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 419/2009**)

6.7. DCI-uri corespunzatoare medicamentelor cu sau fara contributie personala, prescrise de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii;

▶(la data 01-apr-2009 punctul 6., subpunctul 6.7.. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 419/2009**)

6.8. DCI-uri corespunzatoare medicamentelor cu sau fara contributie personala, prescrise pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual;

▶(la data 01-apr-2009 punctul 6., subpunctul 6.8.. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 419/2009**)

6.9. DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - P6 - mucoviscidoza (P6.4), epidermoliza buloasa (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterala amiotrofica (P6.5), sindromul Prader-Willi (P6.7);

▶(la data 24-feb-2011 punctul 6., subpunctul 6.9.. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 6. din **Ordinul 129/2011**)

6.10. DCI-uri din cadrul sublistei B, prescrise în regim de compensare 90% din pretul de referinta pensionarilor care realizeaza venituri numai din pensii de pâna la 700 lei / luna.

▶(la data 01-iul-2009 punctul 6., subpunctul 6.10.. din capitolul I modificat de Art. I din **Ordinul 774/2009**)

7. Prezenta în formular doar a 7 pozitii pentru prescriere nu limiteaza drepturile asiguratului prevazute în Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate. În situatiile în care, pentru afectiunile cronice de care sufera, asiguratul are nevoie de mai mult de 7 medicamente diferite, din subliste diferite/luna, se pot elibera mai multe prescriptii medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevazute de Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate.

▶(la data 24-feb-2011 punctul 7. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 7. din **Ordinul 129/2011**)

8. Prescriptiile medicale cu si fara contributie personala sunt tiparite pe hârtie autocopianta în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) ramâne în carnet, la medicul care a prescris, iar exemplarele 1 (alb) si 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de medicamente / farmacia cu circuit închis. Furnizorul de medicamente va pastra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurari de sanatate conform prevederilor contractului-cadru si normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale Hotarârii Guvernului nr. 367/2009 si ale Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 417/431/2009.

▶(la data 01-apr-2009 punctul 8. din capitolul I modificat de Art. I, punctul 9. din **Ordinul 419/2009**)

9. În situatia în care în interiorul carnetului de prescriptii medicale exista formulare gresit tiparite, incomplete sau completate gresit de catre medic, se va scrie "ANULAT" pe formular si nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, ramânând în carnet. Pe versoul cotorului ultimei

prescriptii medicale se va preciza: "Acest carnet contine file (în cifre si în litere) de la numarul la numarul si file anulate."

10. Gestionarea, distribuirea si achizitionarea carnetelor se vor face dupa cum urmeaza:

a) casele de asigurari de sanatate vor distribui, în functie de necesitati, pentru o perioada de cel mult 3 luni, carnetele înseriate si numerotate fiecarui furnizor de servicii medicale care a încheiat contract cu casa de asigurari de sanatate, respectiv medicului care a încheiat conventie cu aceasta; casele de asigurari de sanatate vor asigura evidenta carnetelor de prescriptie medicala distribuite;

b) gestionarea carnetelor de prescriptii medicale la nivelul caselor de asigurari de sanatate se va face potrivit reglementarilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura, la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurari de sanatate cu care se afla în relatii contractuale;

d) achizitia formularelor de prescriptii medicale se va face de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de catre delegatul acestuia, pe baza facturii.

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

11. _

(1) Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare si evidenta a carnetelor cu prescriptii medicale cu si fara contributie personala, precum si modul de pastrare a carnetelor epuizate.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai multi medici angajati cu drept de prescriere, distribuirea si arhivarea carnetelor de prescriptii medicale la nivelul furnizorului se vor face în conformitate cu prevederile legale în vigoare si pe baza unui tabel centralizator care va contine urmatoarele rubrici obligatorii: numele medicului, data repartizarii carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnatura de primire si parafa, data returnarii în arhiva a exemplarului 3, seria retetelor returnate (exemplarul 3), semnatura de returnare si parafa.

(3) Înregistrarea prescriptiilor medicale emise asiguratilor se va face în documentele medicale de evidenta primara, pentru fiecare prescriptie în parte, dupa cum urmeaza:

a) se noteaza seria si numarul prescriptiei medicale emise în registrul de consultatii, la rubrica "Tratamente";

b) la externarea pacientului din spital se noteaza seria si numarul prescriptiei medicale emise în epicriza si în scrisoarea medicala.

CAPITOLUL II: Modul de completare a formularelor de prescriptie medicala cu regim special pentru medicamente cu si fara contributie personala

Formularele de prescriptii medicale se completeaza în succesiunea numerelor si în ordinea cronologica a consultatiilor.

1. "Unitate medicala"

a) se completeaza cu denumirea cabinetului medical sau a unitatii medicale, adresa completa, casa de asigurari de sanatate cu care medicul a încheiat contractul/conventia, numarul contractului de furnizare de servicii medicale sau al conventiei si se alege prin bifare cu "x" categoria de furnizor de servicii medicale: Medicina de familie, Ambulatoriul de specialitate (inclusiv cabinetele de medicina dentara), Spital, Ambulanta, Altele - conform prevederilor contractului-cadru si normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale Hotarârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor nationale de sanatate în anul 2009 si ale Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 417 /431/2009 .

▶(la data 01-apr-2009 punctul 1., litera A. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 10. din **Ordinul 419/2009**)

b) «MF-MM» - se bifeaza atunci când medicul de familie prescrie medicamente pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; reteta eliberata de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii va constitui o reteta distincta;

»(la data 24-feb-2011 punctul 1., litera B. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 9. din Ordinul 129/2011)

c) "numar zile prescriere" - se completeaza obligatoriu de medic numarul de zile pentru care se face prescrierea, pentru toate tipurile de retete;

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

e) «Aprobat comisie» - se bifeaza în cazul în care se prescriu medicamentele pentru care tratamentul se efectueaza cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul caselor de asigurari de sanatate sau la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, dupa caz. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie sa pastreze anexat la foaia de observatie a pacientului/fisa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare, emis/emisa de comisie. În dreptul bifei se noteaza: grupa de boala cronica aferenta afectiunii care a fost aprobata de comisie (Gx), numarul si data emiterii deciziei de aprobare.

«Semnatura medic» - se executa semnatura medicului care a emis prescriptia si se aplica parafa acestuia.

»(la data 24-feb-2011 punctul 1., litera E. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 10. din Ordinul 129/2011)

2. "Asigurat":

a) "la CAS" - se va nota casa de asigurari de sanatate în evidenta careia se afla asiguratul;

b) "FO/RC" - se completeaza numarul foii de observatie (FO) doar în cazul prescrierii retetei la externarea pacientului din spital sau numarul din registrul de consultatii;

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

(i)se bifeaza categoria "salariat", pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada platii contributiei la Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate (FNUASS);

(ii)se bifeaza categoria "coasigurat" pentru sot, sotie si parintii fara venituri proprii care sunt în întreținerea unei persoane asigurate;

(iii)se bifeaza "pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc aceasta calitate printr-un cupon de pensie; pentru pensionarii care realizeaza venituri numai din pensii de pâna la 700 lei/luna se bifeaza categoria "0-700 lei/luna"

(iv)se bifeaza "copii <18 ani"="1" pentru="1" toate="1" persoanele="1" care="1" fac="1" dovada="1" calitatii="1" lor="1" de="1" asigurat="1" printr-un="1" document="1" cu="1" valabilitate="1" legala="1" (certificat="1" nastere="1" carte="1" identitate);

(v)se bifeaza "elev/ucenic/student (18-26 ani)" pentru toate persoanele de la 18 la 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventi de liceu pâna la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti care fac dovada calitatii lor de asigurat si nu realizeaza venituri din munca. Pentru aceasta categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suporta din fond, la nivelul pretului de referinta în conditiile contractului-cadru, daca nu realizeaza venituri din munca;

(vi) se bifeaza «gravida/lauza» pentru toate persoanele gravide sau lauze. Pentru aceasta categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suporta din fond, la nivelul pretului de referinta, în conditiile Contractului-cadru, indiferent daca realizeaza sau nu venituri;

»(la data 24-feb-2011 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 11. din Ordinul 129/2011)

(vii) se bifeaza «veteran, revolutionar sau handicap» pentru toate persoanele care fac dovada ca sunt beneficiari ai legilor speciale. Pentru aceste categorii, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor specifice se suporta din fond, în conditiile Contractului-cadru si ale normelor metodologice de aplicare a

acestui, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;

▶ (la data 24-feb-2011 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 12. din **Ordinul 129/2011**)

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

▶ (la data 24-feb-2011 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 13. din **Ordinul 129/2011**)

(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 pe formularul de prescripție medicală, dar care sunt menționate distinct la art. 213 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;

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

▶ (la data 24-feb-2011 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 14. din **Ordinul 129/2011**)

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

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

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

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

▶ (la data 01-iul-2009 punctul 2., litera C. din capitolul II modificat de Art. I din **Ordinul 774/2009**)

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

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

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

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

(iii) pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se vor completa toate cele 20 de casute corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul nr. 8 de pe acesta). Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția din nomenclatorul de țări (anexa nr. 3 la ordin).

3. «Diagnostic» - se vor nota toate diagnosticele pacientului pentru care au fost prescrise medicamente;

▶(la data 24-feb-2011 punctul 3. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 15. din [Ordinul 129/2011](#))

4. "Data prescriere" - se completeaza cu data emiterii prescriptiei medicale;

5. "Semnatura medic" (parafa/cod) - se executa semnatura medicului care a emis prescriptia si se aplica parafa si codul corespunzator acestuia.

6. Prescriptia propriu-zisa:

a) "% pret ref."

(i)se noteaza, dupa caz: procentul corespunzator de compensare (90%, 50% sau 100% din pretul de referinta) al medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (sectiunea C1); procentul de compensare 90% din pretul de referinta al medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care realizeaza venituri numai din pensii de pâna la 700 lei/luna, pentru prescriptiile a caror contravaloare la nivelul preturilor de referinta/prescriptie este de pâna la nivelul prevazut în [Contractul-cadru](#); procentul de compensare 100% din pretul de referinta al medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (sectiunile C1 si C3), conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri de la 18 ani pâna la 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventi de liceu pâna la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti, gravide/lauze; procentul de compensare 100% din pretul de referinta aferent sublistelor A, B, C (sectiunea C1) sau integral contravaloarea medicamentelor, daca pretul pe unitate terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de referinta pentru categoriile de asigurati beneficiari ai legilor speciale (veterani, revolutionari, persoane cu handicap etc); pretul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (sectiunea C2) pentru toate categoriile de asigurati beneficiari de programe/subprograme nationale de sanatate, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

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

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

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

b) "Lista":

(i)pentru prescriptiile care cuprind DCI-urile din sublistele Asi B, se va nota "A", respectiv "B" la rubrica "Lista";

(ii)pentru prescriptiile care contin si DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boala, pentru orice categorie de asigurat adult / copil, în rubrica "Lista", în dreptul DCI-urilor aferente unei categorii de boala se va nota categoria respectiva (G1-G31). Completarea câmpului "cod boala" este obligatorie;

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

▶(la data 01-apr-2009 punctul 6., litera B. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 17. din [Ordinul 419/2009](#))

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

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

d) "Tip dg" - pentru fiecare cod de boala se va nota categoria în care se încadreaza diagnosticul - acut/subacut/cronic. Data fiind perioada de valabilitate a prescriptiei, diferita pentru afectiuni acute/subacute si afectiuni cronice, pe acelasi formular de prescriptie medicala nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic;

e) «Denumire comuna internationala/Denumire comerciala/FF/Concentratie» - se completeaza cu denumirea comuna internationala si/sau denumirea comerciala, conform contractului-cadru si normelor metodologice de aplicare a acestuia, respectiv hotarârii Guvernului pentru aprobarea programelor nationale de sanatate si normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, însoțita de forma farmaceutica si de concentratie, conform listei cuprinzând denumirile comune internationale ale medicamentelor, aprobata prin hotarâre a Guvernului, respectiv listei medicamentelor (denumiri comerciale), aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aflate în vigoare la data respectiva, modul de administrare si cantitatea necesara tratamentului, trecuta în cifre si în litere.

Pentru testele de automonitorizare prescrise bolnavilor cu diabet zaharat insulinodependent se va specifica sintagma «teste de automonitorizare»

►(la data 24-feb-2011 punctul 6., litera E. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 18. din **Ordinul 129/2011**)

e¹) «Cantitate» - se va specifica în cifre numarul de teste de automonitorizare prescrise, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

►(la data 24-feb-2011 punctul 6., litera E¹. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 19. din **Ordinul 129/2011**)

e²) «D.S» - se va specifica una dintre sintagmele «adult» sau «copil» (> de 18 ani), dupa caz;

►(la data 20-oct-2008 punctul 6., litera E. din capitolul II completat de Art. I, punctul 12. din **Ordinul 1604/2008**)

f) prescrierea DCI-urilor din sublista C, sectiunea C2, daca pacientul este beneficiarul unuia dintre programele/subprogramele nationale de sanatate, se face cu indicarea programului/subprogramului din cadrul Programului national cu scop curativ: P3 - Programul national de oncologie, P5 - Programul national de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, P9 - Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana (P.9.7 - Tratamentul starii posttransplant în ambulatoriu al pacientilor transplantati) si a unor boli rare cuprinse în Programul national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - P6 - mucoviscidoza (P6.4) si epidermoliza buloasa (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterala amiotrofica (P6.5), sindromul Prader-Willi (P6.7), respectiv cu indicarea programului pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor hotarârii Guvernului pentru aprobarea programelor nationale de sanatate si ale normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

►(la data 24-feb-2011 punctul 6., litera F. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 20. din **Ordinul 129/2011**)

7. "Am primit medicamentele" - se completeaza de asigurat sau de împuternicitul acestuia (persoana care ridica medicamentele pentru asigurat, fara a fi nevoie de împuternicire legala).

8. "Asigurat/Împuternicit" - se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadreaza persoana care ridica medicamentele; datele de identificare (numele, prenumele, BI/CI, seria, numarul, adresa completa, CNP) vor fi ale persoanei care ridica medicamentele (asigurat sau împuternicit).

9. "Semnatura primitor" - se executa semnatura persoanei care ridica medicamentele din farmacie.

10. "Data eliberarii" - se completeaza cu data eliberarii medicamentelor din farmacie.

11. «Taxare» - farmacistul va mentiona în rubrica «Denumire comerciala» si în fata persoanei care ridica medicamentele (asigurat sau împuternicitul acestuia) medicamentele pe care le elibereaza. 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 pretul de decontare stabilit pentru un test de automonitorizare. 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 pretul de referință, notându-se în paranteză «CNAS», și valoarea de compensare de 40% din pretul de referință, notându-se în paranteză «MS», pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul pretului de referință este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru.

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

▶ (la data 24-feb-2011 punctul 11. din capitolul II modificat de Art. I, punctul 21. din [Ordinul 129/2011](#))

11¹. «Contributie asigurat» - se menționează valoarea contribuției asiguratului, conform bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor.

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

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

▶ (la data 01-apr-2009 punctul 13. din capitolul II abrogat de Art. I, punctul 23. din [Ordinul 419/2009](#))

▶ (la data 20-oct-2008 punctul 14. din capitolul II abrogat de Art. I, punctul 15. din [Ordinul 1604/2008](#))

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

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

▶ (la data 01-apr-2009 Actul reglementat de Art. II, alin. (1) din [Ordinul 419/2009](#))

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

▶ (la data 01-iul-2009 Actul reglementat de Art. III din [Ordinul 774/2009](#))

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

▶ (la data 24-feb-2011 Actul modificat de Art. I, punctul 1. din [Ordinul 129/2011](#))

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

▶ (la data 24-feb-2011 Actul modificat de Art. I, punctul 2. din [Ordinul 129/2011](#))

Forma sintetică la data 24-mar-2011. Acest act a fost creat utilizând tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.