

Politica privind Biletele de Trimitere

În cadrul clinicii noastre, ne angajăm să oferim pacienților servicii medicale de calitate, respectând în același timp toate reglementările și normele de decontare a serviciilor medicale stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate din România. Un aspect esențial al acestui angajament este gestionarea corectă a biletelor de trimitere, care permit pacienților accesul la investigații și tratamente de specialitate.

Emiterea Biletelor de Trimitere

Biletele de trimitere sunt emise de către medicii de familie și medicii specialiști, în baza necesităților medicale ale pacienților. Conform noilor reglementări intrate în vigoare la 1 iulie 2024, aceste bilete pot fi emise și pentru persoanele neasigurate, în anumite condiții specifice.

Cine poate emite bilete de trimitere?

- Medicii de familie
- Medicii specialiști
- Medicii din unitățile de primiri urgențe

Documentele necesare pentru emiterea biletului de trimitere:

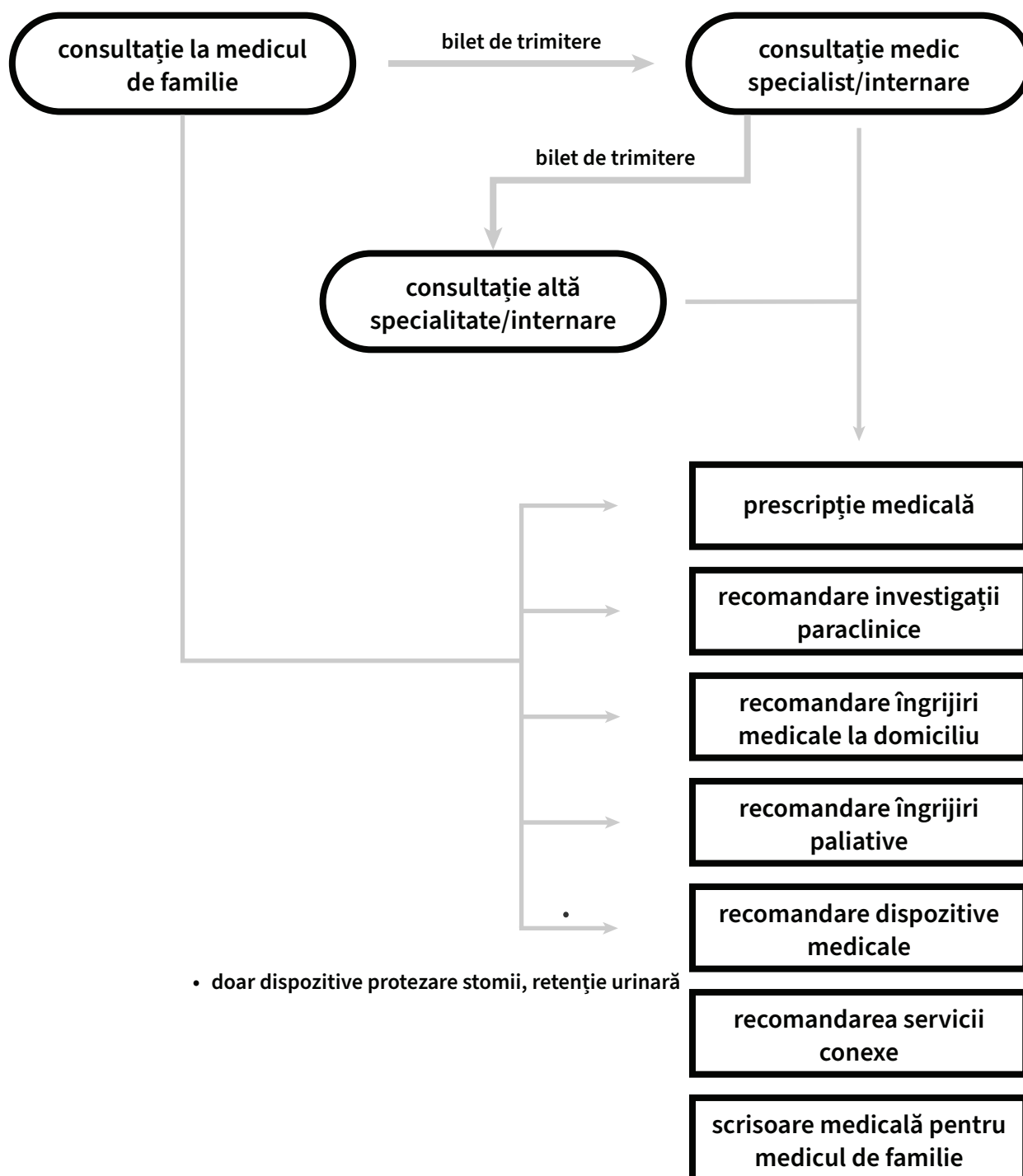
- Carte de identitate (C.I.) sau buletinul pacientului
- Cardul național de sănătate
- Dovada de asigurat (adeverință de la angajator sau talon de pensie), după caz.
- Documente medicale anterioare relevante (istoric medical, analize, radiografii)

Conținutul Biletului de Trimitere

Pentru a fi valid și decontabil, biletul de trimitere trebuie să includă:

- Datele pacientului: Nume, prenume, CNP, adresă, număr de telefon
- Datele medicului emitent: Nume, prenume, specialitatea, codul parafei, număr de telefon, semnătura și ștampila medicului
- Datele unității medicale de trimitere: Denumirea unității, adresa, codul unic de înregistrare
- Motivul trimiterei: Descrierea succintă a motivului trimiterei, simptomele prezentate, diagnostic prezumtiv
- Serviciul solicitat: Tipul de investigație sau consultație solicitată, specialitatea medicului la care se face trimiterea
- Data emiterii: Data la care biletul de trimitere a fost emis

Schema eliberare bilete de trimitere



Excepție:

Pentru **afecțiunile oncologice și oncohematologice** (precum și a celorlalte afecțiuni menționate în Anexa nr. 13 Ordin 1857/2023) se permite prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără a fi nevoie de bilet de trimitere.

Valabilitatea Biletelor de Trimitere

I. Biletul de trimitere pentru specialități clinice are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Excepții:

- Pentru toate bolile cronice și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu biletele de trimitere clinice au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice;
- Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat „management de caz”, are o valabilitate de 90 de zile calendaristice.
- Biletul de trimitere pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare are o valabilitate de maximum 90 de zile calendaristice de la data emiterii.

II. Biletul de trimitere pentru specialități paraclinice are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Excepții:

- Pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice este de până la 90 de zile calendaristice;
- Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice – examinări histopatologice și citologice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice;
- Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidențiat „management de caz”, are o valabilitate de 90 de zile calendaristice;
- Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) are valabilitate 90 de zile.
- Valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate ca urmare a acordării consultațiilor medicale pentru prevenție de către medicul de familie este de până la 60 zile calendaristice.

Modificări Recente

Începând cu 1 iulie 2024, au fost introduse noi reglementări referitoare la biletele de trimitere:

1. Medicii de familie și specialiști pot emite bilete de trimitere și pentru pacienții neasigurați pentru investigații necesare în diagnosticarea unor afecțiuni grave, cum ar fi cancerul, hepatitele cronice B și C, și HIV/SIDA la gravide. Investigațiile și analizele sunt decontate de CAS pentru a asigura detectarea și tratamentul timpuriu al acestor boli grave.

Instrucțiuni de completare a biletelor de trimitere

Instrucțiuni privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

A. Principii generale

1. Recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se face pe formularul cu regim special prevăzut în anexa nr. 1 la ordin, respectiv în anexele nr. 1a, 1b, 1c și 1d la ordin, de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a face recomandări de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de investigații medicale paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate atrage răspunderea furnizorului și conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

2. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice, denumit în continuare bilet de trimitere, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. 01/07/2024 - punctul a fost modificat prin Ordin 3688/2024

3. Se interzic:

- emiterea biletelor de trimitere de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;
- emiterea de către unitățile sanitare care furnizează servicii spitalicești a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru investigații contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către unitatea spitalicească respectivă, indiferent de afecțiunile asociate.

4. Investigațiile medicale paraclinice se pot efectua de către orice furnizor de investigații medicale paraclinice aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

B. Instrucțiuni privind utilizarea formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice în sistemul de asigurări sociale de sănătate

1. Biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă pacientului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul), pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. 01/07/2024 - punctul a fost modificat prin Ordin 3688/2024

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular și acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe verso-ul cotorului ultimului bilet de trimitere se va preciza: "Acest carnet conține . . . file (în cifre și în litere), de la numărul . . . la numărul . . . , și . . . file anulate."

3. Gestionarea, distribuirea și achiziționarea carnetelor cu bilete de trimitere se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența biletelor de trimitere distribuite furnizorilor de servicii medicale;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

d) achiziția formularelor de bilete de trimitere se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite pacientul la investigații medicale paraclinice pe baza biletului de trimitere, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura

de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 2, seria biletelor de trimitere returnate (exemplarul 2), semnătura de returnare și parafa. 01/07/2024 - paragraful a fost modificat prin Ordin 3688/2024

Înregistrarea biletelor de trimitere emise asiguraților se va face în registrul de consultații, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere emis.

C. Instrucțiuni de completare a formularelor de bilet de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

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

"Cod de bare"

Formularele cu regim special - biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

Câmpul 1 - "Unitate medicală"

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat(ă) contract/convenție, numărul contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în baza căruia/căreia medicul prescriptor prestează serviciul; medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

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

- "MF" pentru furnizorii de servicii de asistență primară;
- "Amb. Spec." pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate, inclusiv servicii de medicină dentară.

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța "Amb. Spec." atunci când emit un bilet de trimitere pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- "Altele" pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora.

c) "Nivel de prioritate" - se va bifa cu "x" căsuța corespunzătoare nivelului de prioritate al investigațiilor medicale paraclinice recomandate.

Câmpul 2 - «Date identificare pacient» 01/07/2024 - paragraful a fost modificat prin Ordin 3688/2024**a)** «Asigurat la CAS/Neasigurat» 01/07/2024 - litera a fost modificată prin Ordin 3688/2024

- dacă pacientul este asigurat, se va tăia cu o linie «Neasigurat» și se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;
- dacă pacientul este neasigurat, se va tăia cu o linie «Asigurat la CAS»;

b) "RC" - se completează numărul din registrul de consultații (RC);**c)** se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

- se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);
- se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- se bifează căsuța "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;
- se bifează categoria "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);
- se bifează categoria "Elev/ucenic/student (18 - 26 ani)" pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenicii sau studenții, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști;
- se bifează căsuța "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;
- se bifează căsuța "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie;
- se bifează căsuța "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" numai pentru asigurații care nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care li se stabilește această calitate;
- se bifează căsuța "PNS" și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;

- se bifează căsuța "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;
 - se bifează căsuța "Șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;
 - se bifează căsuța "Card european (CE)" pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/ale Spațiului Economic European/ai Confederației Elvețiene/ ai Regatului Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord (cu excepția României), titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate;
 - se bifează căsuța "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;
 - la rubrica "Alte categorii" se va nota:
 - cifra 1, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menționându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare, Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor 5 drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, O.G. nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare), dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi;
 - cifra 2, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: S1, S2, E 106; E 109; E 112; E 120; E 121, SED similar.
 - cifra 3, pentru persoanele beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare;
- d)** se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, adresa completă); adresa completă nu este câmp obligatoriu de completat;
- e)** câmpul "CID/CNP/CE/PASS" corespunde codului unic de identificare/codului numeric personal/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

- pentru cetățenii români se completează codul unic de identificare sau, după caz, codul numeric personal al pacientului format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;
- pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord se va completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul nr. 8 de pe acesta) pentru titularii de card european;
- pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului;
- pentru persoanele beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, se va completa numărul unic de identificare atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

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

Câmpul 3 - "Cod diagnostic":

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

(ii) Se va bifa cu «x»: căsuța P pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în programele naționale de sănătate; căsuța A/S pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile acute/subacute; căsuța C pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru bolile cronice, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate; căsuța M pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astm bronșic/boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) /boală cronică de rinichi; căsuța G pentru

efectuarea de investigații paraclinice legate de sarcină pentru monitorizarea evoluției sarcinii; căsuța SO pentru serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmare; căsuța AO pentru servicii medicale paraclinice acordate persoanelor diagnosticate cu afecțiune oncologică în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului aprobat prin Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare; căsuța HS pentru servicii medicale paraclinice acordate persoanelor neasigurate, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV; pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia. 01/07/2024 - subpunctul a fost modificat prin Ordin 3688/2024

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

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

NOTĂ: 13/07/2023 - nota a fost modificată prin Ordin 2321/2023 16/02/2024 - nota a fost modificată prin Ordin 994/2024 01/07/2024 - nota a fost modificată prin Ordin 3688/2024.

Pentru situațiile în care se recomandă investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice, boală cronică renală și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective, medicul care face recomandarea va menționa pe formularul biletului de trimitere, după caz, următoarele:

«Monitor 2» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli oncologice;

«Monitor 3» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților cu diabet zaharat;

«**Monitor 4**» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cardiovasculare;

«**Monitor 5**» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli rare;

«**Monitor 6**» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli neurologice;

«**Monitor 7**» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cerebrovasculare;

«**Monitor 8**» - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boală cronică renală.

Pentru recomandarea investigațiilor paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice, boli cerebrovasculare și boală cronică renală - pentru afecțiunile respective, medicul care face recomandarea va întocmi bilet de trimitere distinct.

Pentru situațiile în care se recomandă investigații necesare monitorizării pacienților cu boli oncologice, medicul care va emite recomandarea va menționa pe formularul biletului de trimitere «Monitor 2» și va bifa căsuța «AO».

(iii) - "Data trimiterii" - se va specifica data trimiterii pacientului pentru efectuarea investigațiilor recomandate; la biletele de trimitere pentru recomandarea de investigații histopatologice, citologice și imunohistochimice, la câmpul "data trimiterii" se va specifica data trimiterii pacientului pentru efectuarea investigațiilor recomandate sau se va specifica data recoltării probei/probelor la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu (dată ce coincide cu data trimiterii probei/probelor recoltate către laboratorul de anatomie patologică), după caz. 01/07/2024 - subpunctul a fost modificat prin Ordin 3688/2024

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

(v) "Data reconfirmării" - acest câmp nu va fi completat. În situația în care pacientul se internează în spital în perioada de valabilitate a biletului de trimitere și investigațiile medicale paraclinice de înaltă performanță nu au fost efectuate în timpul spitalizării, pacientul are obligația prezentării biletului de externare/scrisorii medicale din care să rezulte că aceste investigații nu au fost făcute pe perioada internării. 01/07/2024 - subpunctul a fost modificat prin Ordin 3688/2024

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

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

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

Câmpul 4

- În situația în care se completează anexa nr. 1:

"Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate":

- medicul care trimite pacientul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație, respectiv numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, separat, pentru fiecare investigație recomandată; 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024
- codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare; pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru se vor înscrie numerele curente aferente investigațiilor respective;
- "Investigații recomandate" - se va completa de medicul care trimite pacientul; investigațiile recomandate vor fi scrise lizibil cu majuscule; 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024
- "Investigații efectuate" - se va completa prin bifare cu "x" de furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile. În situația în care furnizorul nu poate efectua toate investigațiile prescrise, le va anula cu o linie pe cele neefectuate, pe biletul de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.
- În situația în care se completează una dintre anexele **nr. 1a, 1b, 1c, 1d**:

4.1. "Cod investigație/Investigații recomandate/Investigații efectuate":

- medicul care trimite pacientul, în mod facultativ, poate completa codul de investigație, respectiv numărul curent pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, separat, pentru fiecare investigație recomandată; 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024

- codurile proprii investigațiilor paraclinice se vor completa obligatoriu de către furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile, corespunzător reglementărilor în vigoare; pentru investigațiile paraclinice care nu au prevăzute coduri în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru se vor înscrie numerele curente aferente investigațiilor respective;
- "Investigații recomandate" - se va completa de medicul care trimite pacientul; investigațiile recomandate vor fi scrise lizibil cu majuscule; 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024
- "Investigații efectuate" - se va completa prin bifare cu "x" de furnizorul de servicii medicale paraclinice care a efectuat investigațiile. În situația în care furnizorul nu poate efectua toate investigațiile prescrise, le va anula cu o linie pe cele neefectuate, pe biletul de trimitere, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau adăugării altor investigații medicale paraclinice, prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

4.2. "Date clinice și paraclinice care să justifice investigația" - medicul va consemna datele clinice și paraclinice care justifică investigația;

4.3. "Examen RMN anterior: Da/Nu", "Examen CT anterior: Da/Nu", "Examen scintigrafic anterior: Da/Nu", "Examen angiografic anterior: Da/Nu" -se va bifa de către medicul care face recomandarea căsuța "Da", dacă s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente, respectiv căsuța "Nu", dacă nu s-a efectuat examen RMN, CT, scintigrafic, angiografic, după caz, în antecedente;

4.4. "Observații speciale legate de pacient" - se vor consemna, de către medicul care face recomandarea, observațiile speciale legate de pacient, prin bifarea căsuței care corespunde situației pacientului, în funcție de tipul de serviciu de înaltă performanță recomandat;

4.5. "Substanță de contrast: Da/Nu" - pentru serviciile de înaltă performanță, RMN și CT se va bifa, de către medicul radiolog, căsuța "Da", dacă se utilizează substanță de contrast, respectiv căsuța "Nu", dacă nu se utilizează substanța de contrast.

Notă:

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

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

- se va completa în clar numele persoanei desemnate de furnizorul de servicii medicale paraclinice, care va executa specimenul de semnătură.

Câmpul 6 - "Data prezentării pacientului": 01/07/2024 - paragraful a fost modificat prin Ordin 3688/2024

- se va completa de către pacient data la care acesta s-a prezentat la furnizorul de servicii paraclinice pentru efectuarea investigațiilor, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării; 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024
- "Semnătura pacientului" - se execută semnătura beneficiarului serviciilor paraclinice recomandate după ce a fost informat asupra tipurilor de investigații medicale paraclinice de care urmează să beneficieze, numai dacă investigațiile medicale paraclinice sunt efectuate la momentul prezentării; 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024
- pe biletele de trimitere pentru investigații histologice și citologice se completează de către pacient câmpurile "data prezentării pacientului" și "semnătura pacientului", numai în situația în care recoltarea probei/probelor se face la nivelul laboratorului. 01/07/2024 - linia a fost modificată prin Ordin 3688/2024

Câmpul 7 - "Date care necesită a fi inscripționate pe versoul biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice"

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