

ORDIN nr. 832 din 23 aprilie 2008

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

- EMITENT**
- **MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE**
 - **Nr. 832 din 23 aprilie 2008**
 - **CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**
 - **Nr. 302 din 10 aprilie 2008**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 361 din 12 mai 2008**

Data intrării în vigoare 12-05-2008

Formă consolidată valabilă la data 02-07-2012

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 02-07-2012 până la data de 15-07-2021

*) Forma actualizată a acestui act normativ până la data de 2 iulie 2012 este realizată de către Departamentul juridic din cadrul S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamț prin includerea tuturor modificărilor și completărilor aduse de către: [ORDINUL nr. 1.217 din 30 iunie 2008](#); [ORDINUL nr. 1.604 din 23 septembrie 2008](#); [ORDINUL nr. 223 din 26 februarie 2009](#); [ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009](#); [ORDINUL nr. 774 din 18 iunie 2009](#); [ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011](#); [ORDINUL nr. 870 din 31 mai 2011](#); [ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat pentru informarea utilizatorilor.

***) NOTA C.T.C.E. S.A. Piatra-Neamț:

Pct. 1 și 2 ale [art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011 prevăd:

"1. În cuprinsul anexei, 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".

2. În cuprinsul anexei, 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".

Având în vedere Referatul de aprobare nr. 4.502 din 23 aprilie 2008 al Ministerului Sănătății Publice și nr. DG/1.250 din 9 aprilie 2008 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - [Hotărârii Guvernului nr. 324/2008](#) pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008;
 - [Ordinului ministrului sănătății publice nr. 522/2008](#) și [Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 236/2008](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2008;
 - [Hotărârii Guvernului nr. 1.841/2006](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
 - [Hotărârii Guvernului nr. 357/2008](#) pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008;
 - [Hotărârii Guvernului nr. 862/2006](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, 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 publice și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Articolul 1

(1) Se aprobă modelul unic al formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală, ca imprimat cu regim special - off-line, denumit în continuare formular de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, cuprins în anexa nr. 1.

Alin. (1) al art. 1 a fost modificat de pct. 1 al [art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

NORME METODOLOGICE

privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală

Capitolul I

1. 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, respectiv în normele tehnice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate, în situații justificate, prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală se poate face pe formularul cu regim special, prevăzut în anexa nr. 1 la ordin, de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de aprescrie în sistemul de asigurări sociale de sănătate. 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.

Prin derogare de la prevederile de mai sus, în prescripția medicală întocmită distinct pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinotratat se prescriu și testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinotratat, 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 de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală prevăzut în anexa nr. 1 la ordin; formularul de prescripție medicală electronică prevăzut în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală; 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.

Pct. 1 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

2. Se interzic:

a) emiterea prescripțiilor medicale 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 conținând medicamente care se eliberează compensat 100% din prețul de referință sau 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.

Litera b) a pct. 2 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificată de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009" cu sintagma "hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate" și de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "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" 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".

c) emiterea de către unitățile spitalicești, pentru asigurați, pe timpul internării acestora, a prescripțiilor medicale cu și fără contribuție personală.

Litera c) a pct. 2 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificată de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

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.

Pct. 3 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009" cu sintagma "hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate" și de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "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" 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".

4. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală se pot elibera de către orice farmacie care, la data eliberării prescripției medicale, 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.

Pct. 4 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 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 bază 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 - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7); secțiunea C3].

Pct. 5 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 10 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012, prin înlocuirea sintagmei "boli neurologice degenerative /inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5)" cu sintagma, "boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2)".

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;

Subpct. 6.1., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 5 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 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);

Subpct. 6.2., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 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);

Subpct. 6.3., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 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 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);

Subpct. 6.4., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009" cu sintagma "hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate" și de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "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" 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".

Subpct. 6.5., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost abrogat de pct. 4 al art. I din ORDINUL nr. 1.604 din 23 septembrie 2008, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 712 din 20 octombrie 2008.

Subpct. 6.5^A1, pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost abrogat de pct. 4 al art. I din ORDINUL nr. 1.604 din 23 septembrie 2008, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 712 din 20 octombrie 2008.

6.6. 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 pe 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: hepatită cronică de etiologie virală 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 completările ulterioare;

Subpct. 6.6., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 2009.

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

Subpct. 6.7., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 2009.

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

Subpct. 6.8., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 2009.

6.9. DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7);

Subpct. 6.9., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 10 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012, prin înlocuirea sintagmei "boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5)" cu sintagma, "boli neurologice degenerative /inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2)".

6.10. 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.

Subpct. 6.10., pct. 6 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de art. I din ORDINUL nr. 774 din 18 iunie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 429 din 24 iunie 2009, prin înlocuirea sintagmei "numai din pensii de până la 600 lei/lună" cu sintagma "numai din pensii de până la 700 lei/lună".

7. Prezența în formular doar a 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.

Pct. 7 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

8. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală sunt tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a prescris, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de medicamente/farmacia cu circuit închis. Furnizorul de medicamente va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate conform prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pct. 8 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009" cu sintagma "hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate" și de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011, prin înlocuirea sintagmei "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" 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".

9. În situația în care în interiorul carnetului de prescripții medicale există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie "ANULAT" pe formular și nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe versoul cotorului ultimei prescripții medicale se va preciza: "Acest carnet conține file (în cifre și în litere) de la numărul la numărul și file anulate."

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

- a) casele de asigurări de sănătate vor distribui, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, carnetele înseriate și numerotate fiecărui furnizor de servicii medicale care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate, respectiv medicului care a încheiat convenție cu aceasta; casele de asigurări de sănătate vor asigura evidența carnetelor de prescripție medicală distribuite;
- b) gestionarea carnetelor de prescripții medicale la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;
- c) furnizorii de servicii medicale își vor asigura, la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;
- d) achiziția formularelor de prescripții medicale se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii.

Litera d) a pct. 10 de la Cap. I din anexa 2 a fost modificată de pct. 8 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

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

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați cu drept de prescriere, distribuția și arhivarea carnetelor de prescripții medicale la nivelul furnizorului se vor face în conformitate cu prevederile legale în vigoare și pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele medicului, data repartizării carnetului/ carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 3, seria rețetelor returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

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

- a) se notează seria și numărul prescripției medicale emise în registrul de consultații, la rubrica "Tratamente";
- b) la externarea pacientului din spital se notează seria și numărul prescripției medicale emise în epicriză și în scrisoarea medicală.

Capitolul II

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

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

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

Partea introductivă a Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 870 din 31 mai 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 385 din 1 iunie 2011.

1. "Unitate medicală"

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

Litera a) a pct. 1 de la Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 4 al art. I din ORDINUL nr. 870 din 31 mai 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 385 din 1 iunie 2011.

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

- «MF» - medicină de familie;

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

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

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

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

Litera b) a pct. 1 de la Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 4 al art. I din ORDINUL nr. 870 din 31 mai 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 385 din 1 iunie 2011.

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

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

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

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

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

Litera e) a pct. 1 de la Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 4 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

2. "Asigurat":

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

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

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

(i) 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 "coasigurat" pentru soț, soție și părinții fără venituri proprii care sunt în întreținerea unei persoane asigurate;

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

Subpct. (iii), litera c) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 2 al art. II din ORDINUL nr. 774 din 18 iunie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 429 din 24 iunie 2009, prin înlocuirea sintagmei "numai din pensii de până la 600 lei/lună se bifează categoria «0-600 lei/lună»" cu sintagma "numai din pensii de până la 700 lei/lună se bifează categoria «0-700 lei/lună»".

(iv) se bifează "copii <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 de la 18 la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință în condițiile contractului-cadru, dacă nu realizează venituri din muncă;

Subpct. (v), litera c) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 1.604 din 23 septembrie 2008, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 712 din 20 octombrie 2008.

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

Subpct. (vi), litera c) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 11 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

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

Subpct. (vii), litera c) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 12 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 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;

Subpct. (viii), litera c) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 13 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 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;

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

Subpct. (x), litera c) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 5 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

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

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

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

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

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

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

Partea introductivă a lit. e) a pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 10 al [art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012, prin înlocuirea sintagmei "cod numeric personal" cu sintagma "cod numeric personal/cod unic de asigurare".

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

Subpct. (i) de la litera e), pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 10 al [art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012, prin înlocuirea sintagmei "cod numeric personal" cu sintagma "cod numeric personal/cod unic de asigurare".

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

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

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

Subpct. (iii) de la litera e), pct. 2 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 6 al [art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

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

Pct. 3 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 15 al [art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

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

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

Pct. 5 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 6 al [art. I din ORDINUL nr. 870 din 31 mai 2011](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 385 din 1 iunie 2011.

6. Prescripția propriu-zisă:

a) "% preț ref."

(i) se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50% sau 100% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1); procentul de compensare 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în Contractul-cadru; procentul de compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3), conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) sau integral contravaloarea medicamentelor, dacă prețul pe unitate terapeutică este mai mic

sau egal cu prețul de referință pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

Subpct. (i), litera a) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 16 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

b) "Listă":

(i) pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A și B, se va nota "A", respectiv "B" la rubrica "Listă";
(ii) pentru prescripțiile care conțin și DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult/copil, în rubrica "Listă", în dreptul DCI-urilor aferente unei categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1-G31). Completarea câmpului "cod boală" este obligatorie;
(iii) pentru categoriile de asigurați de la pct. 2 lit. c), subpct. (iv), (v) și (vi), se vor putea prescrie toate DCI-urile din sublista C - secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;

Litera b) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 17 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 2009.

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

Litera c) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 17 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

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

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

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

Litera e) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

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

Litera e^1) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

e^2) «D.S.» - se va specifica calea de administrare a medicamentului;

Litera e^2) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

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

/inflamatorii scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2), sindromul Prader-Willi (P6.7), respectiv cu indicarea programului pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Litera f) a pct. 6 din Cap. II din anexa 2 a fost modificată de pct. 10 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012, prin înlocuirea sintagmei "boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5)" cu sintagma, "boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5.2)".

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

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

Pct. 8 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 8 al art. I din ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012.

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

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

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

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

Pct. 11 din Cap. II din anexa 2 a fost modificat de pct. 7 al art. I din ORDINUL nr. 870 din 31 mai 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 385 din 1 iunie 2011.

11^A. «Contribuție asigurat» - se menționează valoarea contribuției asiguratului, conform bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor.

Pct. 11^A din Cap. II din anexa 2 a fost introdus de pct. 22 al art. I din ORDINUL nr. 129 din 17 februarie 2011, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 141 din 24 februarie 2011.

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

Pct. 13 din Cap. II din anexa 2 a fost abrogat de pct. 23 al art. I din ORDINUL nr. 419 din 31 martie 2009, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 211 din 1 aprilie 2009.

Pct. 14 din Cap. II din anexa 2 a fost abrogat de pct. 15 al art. I din ORDINUL nr. 1.604 din 23 septembrie 2008, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 712 din 20 octombrie 2008.

NOTĂ:

Pct. 1, 2, 3, 4, 6 și 13 se completează de către medic.

Anexa 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 și ale Spațiului Economic European,
conform prevederilor respectivelor documente

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	NU
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	NU
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	NU	DA
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	Eritrea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fiji	NU	NU
FI	Finlanda	DA	NU

FR	Franța	DA	NU
GA	Gabon	NU	NU
GM	Gambia	NU	NU
GE	Georgia	NU	NU
GS	Georgia de Sud și Insulele Sandwich de Sud	NU	NU
DE	Germania	DA	NU
GH	Ghana	NU	NU
GI	Gibraltar	NU	NU
GR	Grecia	DA	NU
GD	Grenada	NU	NU
GL	Groenlanda	NU	NU
GP	Guadelupa	NU	NU
GU	Guam	NU	NU
GT	Guatemala	NU	NU
GN	Guinea	NU	NU
GW	Guinea-Bissau	NU	NU
GQ	Guinea Ecuatorială	NU	NU
GY	Guyana	NU	NU
GF	Guyana Franceză	NU	NU
HT	Haiti	NU	NU
HN	Honduras	NU	NU
IN	India	NU	NU
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	NU
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	NU
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
MG	Madagascar	NU	NU
MY	Malaysia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldiva	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	NU
MH	Marshall (insule)	NU	NU
MQ	Martinica	NU	NU
MR	Mauritania	NU	NU
MU	Mauritius	NU	NU
MX	Mexic	NU	NU
FM	Micronezia (stat federal)	NU	NU
MD	Moldova	NU	DA
MC	Monaco	NU	NU
MN	Mongolia	NU	NU
MS	Montserrat	NU	NU

MZ	Mozambic	NU	NU
MM	Myanmar	NU	NU
NA	Namibia	NU	NU
NR	Nauru	NU	NU
NP	Nepal	NU	NU
NI	Nicaragua	NU	NU
NE	Niger	NU	NU
NG	Nigeria	NU	NU
NU	Insula Niue	NU	NU
NF	Insula Norfolk	NU	NU
NO	Norvegia	DA	NU
NC	Noua Caledonie	NU	NU
NZ	Noua Zeelandă	NU	NU
NL	Olanda	DA	NU
OM	Oman	NU	NU
PK	Pakistan	NU	DA
PW	Palau	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	NU
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 (Federatie)	NU	DA
RW	Rwanda	NU	NU
AS	Samoa (SUA)	NU	NU
WS	Samoa Occidentală	NU	NU
SM	San Marino	NU	NU
ST	Sao Tome și Principe	NU	NU
SA	Arabia Saudită	NU	NU

SN	Senegal	NU	NU
RS	Serbia	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Federația Saint Kitts și Nevis	NU	NU
LC	Saint Lucia	NU	NU
VC	Saint Vincent și Grenadinele	NU	NU
SL	Sierra Leone	NU	NU
SG	Singapore	NU	NU
SY	Siria	NU	NU
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	Muntegru	NU	DA

Anexa 3 a fost înlocuită cu anexa din [ORDINUL nr. 680 din 29 iunie 2012](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 2 iulie 2012, conform pct. 9 al art. I din același act normativ.
