

Ministerul Sănătății
Casa Națională de Asigurări de Sănătate

NORME METODOLOGICE*)

privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Publicate în: Baza de date "EUROLEX"

***) Notă:**

Text realizat la G&G CONSULTING, Departamentul juridic (V.M.)

Cuprinde toate modificările aduse actului oficial publicate în M.Of., inclusiv cele prevăzute în:

O. Nr. 3.300/799/2023 Publicat în M.Of. Nr. 880/29.09.2023

Articolele care au suferit modificări sunt marcate cu albastru în Cuprins.

Pentru a le vizualiza, selectați articolul și dați click pe butonul Istoric.

Cap. I

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

Prin derogare de la prevederile de mai sus, în prescripția medicală electronică întocmită distinct pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinoțratat se prescriu și testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinoțratat, în condițiile hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

Utilizarea altor formulare pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală atrage răspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozițiile legale.

2. Se interzic:

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

b) emiterea prescripțiilor medicale electronice conținând medicamente care se eliberează compensat 100% din prețul de referință sau din prețul de decontare altor categorii de asigurați decât cele prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de

sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

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 curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

4. Prescripțiile medicale electronice se pot elibera de către orice farmacie care, la data eliberării acestora, se află în relație contractuală cu o casă 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 curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

5. *Pe același formular de prescripție medicală electronică pot fi cuprinse denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, din toate sublistele, conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor prevăzute distinct la pct. 6.*

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

6.1. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - 5 - 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 noninsulinice, tratamentul cu antidiabetice de tipul insulinelor + teste de automonitorizare, tratamentul mixt (antidiabetice noninsulinice + antidiabetice de tipul insulinelor) + teste de automonitorizare;

6.2. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - 3 - Programul național de oncologie), conform hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

6.3. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu stare posttransplant (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - 9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, subprogramul 9.7 - Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților transplantați);

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 curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (pentru fiecare program, DCI-urile corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor fac obiectul unei prescripții distincte);

6.5. DCI-uri notate cu (**)¹ nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

6.7. DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare - 6 - hemofilie și talasemie (6.1), mucoviscidoză (6.4), boli neurologice degenerative/ inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (6.5.2), sindromul Prader-Willi (6.7), boala Fabry (6.8), purpura trombocitopenică imună idiopatică cronică (6.17), fibroza pulmonară idiopatică (6.20), distrofia musculară Duchenne (6.21), angioedem ereditar (6.22), neuropatia optică ereditară Leber (6.23), limfangioleiomiomatoză (6.28);

6.8. DCI-uri din cadrul sublistei B, prescrise în regim de compensare 90% din prețul de referință pentru beneficiarii Programului privind compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, aprobat

prin Hotărârea Guvernului nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare;

6.9. Medicamente corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat.

6.10. Medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în secțiunea E1 a sublistei E;

6.11. Medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în secțiunea E2 a sublistei E. Pe același formular de prescripție medicală electronică pot fi prescrise unul sau mai multe medicamente din această secțiune.

7. Prezența în formularul de prescripție medicală electronică a doar 10 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 10 medicamente diferite, din subliste diferite/lună, se pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevăzute de contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

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

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

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

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

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

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

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

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

b4) *** Abrogat prin O. nr. 1.327/247/2022 de la data de 1 iunie 2022

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

d) solicitarea seriilor și numerelor corespunzătoare formularelor de prescripții medicale electronice on-line și off-line se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către împuternicitul legal al acestuia, respectiv de către medicii care au încheiat convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală.

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

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați cu drept de prescriere, atribuirea seriilor și numerelor de prescripții medicale electronice la nivelul furnizorului se face în ordinea

cronologică a solicitărilor de prescripții medicale electronice în aplicația informatică - prescripție electronică de către medicii prescriptori și în ordinea crescătoare a numărului prescripțiilor medicale electronice aflate la dispoziția furnizorului.

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

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

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

Cap. II

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

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

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

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

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

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

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

1. "Unitate medicală":

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

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

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

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

- "MF" - medicină de familie;

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

- "Spital" - pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, inclusiv cele autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, pentru prescripțiile medicale electronice prescrise la externare;

- "Altele" se va nota:

- cifra 1 pentru convențiile încheiate cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționare de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

- cifra 2 pentru convențiile încheiate cu celelalte categorii de medici prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia;

- cifra 3 pentru contractele încheiate pentru furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu;

c) *** Abrogată prin O. nr. 150/57/2017

2. "Asigurat":

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

(i) se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

(ii) se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soț, soție și părinții fără venituri proprii care sunt în întreținerea unei persoane asigurate;

(iii) se bifează "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie; pentru beneficiarii Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 186/2009, cu modificările și completările ulterioare, se bifează categoria "lista B 90%";

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

(v) se bifează "Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)" pentru toate persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți, care fac dovada calității lor de asigurat și dacă nu realizează venituri. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru, dacă nu realizează venituri;

(vi) se bifează, "Gravidă/Lehuză" pentru toate persoanele gravide sau lăuze. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru, indiferent dacă realizează sau nu venituri;

(vii) se bifează "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale. Pentru aceste categorii, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor specifice se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;

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

(ix) se bifează categoria "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

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

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct în formularul de prescripție medicală electronică, dar care sunt menționate distinct la art. 224 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și la art. 4 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 56/2020 pentru recunoașterea meritelor personalului medical participant la acțiuni medicale împotriva COVID-19, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază. Pentru aceste categorii de persoane, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor specifice se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia;

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

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

- corespondente acestor formulare.

- *cifra 4, pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului 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, inclusiv dacă acestea se încadrează în segmentele populaționale prevăzute în ordin al ministrului sănătății care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în secțiunea E1 sau secțiunea E2 a sublistei E;*

- *cifra 5, pentru persoanele prevăzute în ordin al ministrului sănătății care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în secțiunea E1 a sublistei E;*

- cifra 6, pentru persoanele prevăzute în ordin al ministrului sănătății care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în secțiunea E2 a sublistei E;

(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 libere sau independente;

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

(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;

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

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

(i) pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, codul numeric personal al asiguratului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe;

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

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

(iv) pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului 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 Ordonanța de urgență a Guvernului 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 internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin;

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

3. PNS - pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C secțiunea C2 se va indica numărul programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: 3 - Programul național de oncologie, 5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, 9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (9.7 - Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților transplantați) și a unor boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare - 6 - hemofilie și talasemie (6.1), mucoviscidoză (6.4), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (6.5.2), sindromul Prader-Willi (6.7), boala Fabry (6.8), purpura trombocitopenică imună idiopatică cronică (6.17), fibroza pulmonară idiopatică (6.20), distrofia musculară Duchenne (6.21), angioedem ereditar (6.22), neuropatia optică ereditară Leber (6.23), boli rare - medicamente incluse condiționat (6.27) pentru acele medicamente cu eliberare prin farmaciile comunitare, limfangioleiomiomatoză (6.28), respectiv se va indica numărul 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 curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

b) *** Abrogată prin O. nr. 656/359/2014

c) *"Cod diag." - medicul prescriptor va înscrie, pentru fiecare poziție de medicament prescrisă din sublistele A, B, C, D, codul diagnosticului pentru care se face prescripția acestuia, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală. Pentru medicamentele din sublista E secțiunea E1 sau E2, medicul prescriptor va înscrie exclusiv codul 994 pentru fiecare poziție de medicament prescrisă. Completarea câmpului este obligatorie;*

d) *"Tip dg." - pentru fiecare cod de diagnostic se va nota categoria în care se încadrează diagnosticul - acut/subacut/cronic, cu excepția medicamentelor din sublista E secțiunea E1 sau E2, pentru care se utilizează codul de diagnostic 994 pentru care se va nota categoria prevenție (prv). Dată fiind perioada de valabilitate a prescripției, diferită pentru afecțiuni acute/subacute și afecțiuni cronice, pe același formular de prescripție medicală electronică nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic;*

d¹) *"Tip prescr." - medicul prescriptor va înscrie litera "I" sau "C" doar pentru situațiile în care în câmpul "tip dg." este notată categoria "cronic", după cum urmează:*

(i) se înscrie litera "I" pentru toate situațiile în care, drept urmare a unui act medical propriu, medicul prescriptor recomandă o DCI nouă și/sau o denumire comercială nouă, care nu a fost inclusă în schema terapeutică anterioară a beneficiarului prescripției medicale;

(ii) se înscrie litera "C" pentru toate situațiile în care:

a) drept urmare a unui act medical propriu, medicul prescriptor recomandă o DCI și/sau o denumire comercială, indiferent de concentrație și forma farmaceutică, inclusă deja în schema terapeutică a beneficiarului prescripției medicale;

b) drept urmare a unui act medical prestat de alți medici în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, medicul prescriptor recomandă o DCI și/sau o denumire comercială, indiferent de concentrație și forma farmaceutică, indiferent dacă aceasta a fost/nu a fost inclusă în schema terapeutică a beneficiarului prescripției medicale;

e) *"Denumire comună internațională/Denumire comercială/ Forma farmaceutică/Concentrație" - se completează cu denumirea comună internațională și/sau cu denumirea comercială, conform contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, respectiv hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate^{*)}, însoțită de forma farmaceutică și de concentrație, conform listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului, respectiv listei medicamentelor (denumiri comerciale), aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, și listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare aprobate prin ordin al ministrului sănătății și 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";*

^{*)} Conform O. nr. 1.509/934/2020, sintagma "normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate" a fost înlocuită cu sintagma "normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate".

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

g) *"Cantitate (UT)" - se va specifica cantitatea necesară tratamentului, trecută în cifre și în litere; se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescrise, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;*

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

h) *"% Preț ref." - se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50%, 100% sau 20% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, E (secțiunea E1), C (secțiunea C1), E (secțiunea E2) și D; procentul de compensare 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru beneficiarii Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 186/2009, cu modificările și completările ulterioare, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru; procentul de*

compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3) și D, conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) și D pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); procentul de compensare 100% din prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate curative, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) "Listă":

(i) *pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A, B, D și E (secțiunea E1 și secțiunea E2) se va nota "A", "B", "D", respectiv "E1" sau "E2" 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-G31a-i);

(iii) pentru categoriile asigurați menționate la pct. 2 lit. a) subpct. (iv), (v) și (vi) se vor putea prescrie toate DCI-urile din sublista C - secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;

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

j) Justificare medicală prescriere Denumire comercială - se vor menționa succint situațiile pentru care medicamentul a fost prescris pe Denumire comercială în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului pentru aprobarea contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru și în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

j¹) *** Abrogată prin O. nr. 1.566/1.073/2015

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

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

m) *** Abrogată prin O. nr. 1.327/247/2022 de la data de 1 iunie 2022

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

o) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. 455/2001 și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.259/2001" - se completează și conține confirmarea semnăturii electronice extinse a medicului care a emis prescripția medicală electronică.

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

1. "Farmacia" - se completează cu denumirea farmaciei, codul unic de identificare - CUI, casa de asigurări de sănătate cu care farmacia a încheiat contract, numărul contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv numărul contractului de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, după caz.

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

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

b) datele de identificare (numele, prenumele, BI/CI seria și numărul, codul unic de asigurare/codul numeric

personal/numărul cardului european/numărul pașaportului) vor fi cele ale persoanei care ridică medicamentele (asigurat/împuțernicit/copii cu vârsta între 14 și 18 ani); acest câmp se completează cu datele corespunzătoare în situația în care prescripția medicală este eliberată în regim off-line în conformitate cu prevederile Contractului-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, precum și în situația în care asiguratul nu se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu, respectiv se prezintă cu adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință, adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în situația în care nu a fost emis cardul național sau cardul european în situația în care prescripția medicală a fost eliberată în baza acestuia, însoțite, după caz, de buletin de identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport.

Pentru persoanele împuțernicite care se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară completarea acestui câmp. Câmpul se va completa cu datele corespunzătoare în situația în care prescripția medicală este eliberată în regim off-line în conformitate cu prevederile Contractului-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, precum și în situațiile în care împuțernicitul se prezintă la farmacie cu buletin de identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport, după caz.

Pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, care ridică medicamentele de la farmacie, dacă acestea sunt și beneficiare ale prescripției, în câmpul "CID/CE/PASS" 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 Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, număr ce se regăsește și pe componenta prescriere, iar dacă au calitatea de împuțernicit, în câmpul "CID/CE/PASS" se vor completa seria și numărul unui document de identitate valabil sau numărul pașaportului/ documentului de călătorie, după caz;

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

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

3. "Taxare"

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

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

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

c) "Listă" - se completează conform prevederilor cap. II pct. I.4 lit. i) subpct. (i), (ii) și (iv);

d) "Cod diag." - se completează codul diagnosticului așa cum a fost completat de medicul prescriptor în componenta prescriere, pentru fiecare poziție de medicament care este eliberată;

d¹) "Tip prescr." - se completează "I" sau "C" așa cum a fost completat de medicul prescriptor în componenta prescriere, pentru fiecare poziție de medicament care este eliberată;

e) "Denumire comercială" - farmacistul va menționa în această rubrică și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuțernicitul acestuia) medicamentele pe care le eliberează. În cazul testelor de automonitorizare, farmacia va specifica în cadrul acestei rubrici sintagma "teste de automonitorizare", iar la rubrica "Valoare compensare" va înscrie suma rezultată ca urmare a înmulțirii numărului de teste de automonitorizare eliberate cu prețul de decontare stabilit pentru un test de automonitorizare. În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală

electronică online și offline, farmacistul va completa componenta eliberare numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acestora, pe care primitorul semnează, cu precizarea pozițiilor (din componenta prescriere) corespunzătoare medicamentelor la care renunță, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective. În cazul DCI-urilor din sublista B prescrise beneficiarilor Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 186/2009, cu modificările și completările ulterioare, la rubrica "Valoare compensare" se vor trece pentru fiecare medicament valoarea de compensare corespunzătoare aplicării cotei de 50% din prețul de referință, notându-se în paranteză "CNAS", și valoarea de compensare de 40% din prețul de referință, notându-se în paranteză "MS", pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru.

În cazul eliberării fracționate, în ceea ce privește atât numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament, farmacistul va completa atât componenta eliberare, cât și componenta eliberare pentru pacient și va înmâna primitorului componenta eliberare pentru pacient pentru a se prezenta la aceeași sau la altă farmacie;

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

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

f) *În rubrica "Total" din secțiunea "Taxare" se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3, D, E1, E2;*

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

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

i) "Numele persoanei care eliberează" - se completează numele și prenumele personalului de specialitate al farmaciei care eliberează medicamentele;

j) "Semnătura" - se execută semnătura personalului de specialitate al farmaciei care eliberează medicamentele în situația în care acesta nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;

k) *** Abrogată prin O. nr. 1.327/247/2022 de la data de 1 iunie 2022

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

m) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. 455/2001 și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.259/2001" - se completează și conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului care eliberează medicamentele.

Cap. III*)

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

*) Cap. III a fost introdus prin O. nr. 656/359/2014 de la data de 6 iunie 2014.

1. *) "Farmacia" - se completează cu denumirea farmaciei, codul unic de identificare - CUI, casa de asigurări de sănătate cu care farmacia a încheiat contract, numărul contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv numărul contractului de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, după caz.

*) Pct. 1 a fost introdus prin O. nr. 656/359/2014 de la data de 6 iunie 2014.

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

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

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

Pentru persoanele împuțernicite care se prezintă la farmacie cu cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară completarea acestui câmp. Câmpul se va completa numai în situațiile în care împuțernicitul se prezintă la farmacie cu buletin de identitate (BI)/carte de identitate (CI) sau pașaport, după caz.

Pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, care ridică medicamentele de la farmacie, dacă acestea sunt și beneficiare ale prescripției, în câmpul "CID/CE/PASS" 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 Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, număr ce se regăsește și pe componenta prescriere, iar dacă au calitatea de împuțernicit, în câmpul "CID/CE/PASS" se vor completa seria și numărul unui document de identitate valabil sau numărul pașaportului/documentului de călătorie, după caz;

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

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

*) Pct. 2 a fost introdus prin O. nr. 656/359/2014 de la data de 6 iunie 2014.

3.*) "Taxare"

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

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

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

d) "Listă" - se completează conform prevederilor cap. II pct. I.4 lit. i) subpct. (i), (ii) și (iv);

e) "Cod diag." - se completează codul diagnosticului așa cum a fost completat de medicul prescriptor în componenta prescriere, pentru fiecare poziție de medicament care este eliberată;

f) "Denumire comercială" - farmacistul va menționa în această rubrică și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuțernicitul acestuia) numai medicamentele pe care le eliberează;

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

h) "Număr zile tratament" - se va menționa de către farmacist numărul de zile pentru care a fost eliberat tratamentul corespunzător cantității de medicamente eliberate exprimate în UT;

i) "Numele persoanei care eliberează" - se completează numele și prenumele personalului de specialitate al farmaciei care eliberează medicamentele;

j) "Semnătura" - se execută semnătura personalului de specialitate al farmaciei care eliberează

medicamentele în situația în care acesta nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi;

k) *** Abrogată prin O. nr. 1.327/247/2022 de la data de 1 iunie 2022

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

m) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. 455/2001 și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.259/2001" - se completează și conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului care eliberează medicamentele.

*) Pct. 3 a fost introdus prin O. nr. 656/359/2014 de la data de 6 iunie 2014.
