

- model -

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE/ UNITATEA SANITARĂ CU PATURI

C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

NUME MEDIC

COD PARAFĂ MEDIC

PLAN DE PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE

Nr. / *)

Numele și prenumele asiguratului

Codul numeric al asiguratului/cod unic de asigurare

Pacient diagnosticat cu afecțiune oncologică DA /NU

Diagnostic medical și diagnostic boli asociate

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice)

Perioada pentru care se recomandă proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare **)

Număr telefon asigurat

Domiciliul Asiguratului

Nr. crt.	Denumire proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare cf. Anexei nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023	Număr proceduri**)	Durata procedurii	Indicații specifice

Indicație de revenire pentru reevaluare:

- da, revine pentru reevaluare în termen de
- nu, nu este necesară revenirea pentru reevaluare

Termenul de valabilitate al Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare este de: zile, dar nu mai mult de 90 de zile calendaristice de la data emiterii Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, fără a lua în calcul ziua în care a fost emis planul.

Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți, această perioadă putând fi fracționată în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică și de reabilitare; prin excepție, pentru

pacienții cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral în primele 4 luni, pacienții cu paralizie cerebrală, pacienții cu afecțiuni oncologice pentru reabilitarea specifică acestor afecțiuni, pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare, pacientele cu anexectomie, pacienții mari arși în primele 4 luni de la externare, se decontează proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum patru fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

***) Numărul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare recomandate este de maxim 4 proceduri/asigurat în conformitate cu prevederile pct. 1.1.2 din Anexa 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

NOTĂ:

1. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în care este nominalizat furnizorul de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu.

2. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare care nu cuprind diagnosticul stabilit, denumirea și specificațiile procedurilor specifice, conform Anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

3. Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu pot încasa de la asigurați doar suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază. Valoarea coplății, între 5 și 10 lei pe seria de proceduri, este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii și nu este percepută categoriilor de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

4. Medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare care efectuează consultația în urma căreia întocmește Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare nu încasează sume pentru eliberarea acestui document.

5. În Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare folosit în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se vor recomanda maxim 4 proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare.

Data, numele și prenumele în clar

.....

Semnătura și parafa medicului

.....

Semnătura asiguratului,

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin mijloace de comunicare electronică

Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice, iar un exemplar este înmănat/transmis asiguratului.