

MODEL TEST PENTRU REGISTRATORI MEDICALI - LEGISLATIE

1. Pentru spitalizarea de zi de tip "caz rezolvat" secțiunea "Servicii efectuate" :
 - a) se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1
 - b) se completează și se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1
 - c) nu se completează.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale:
 - a) suportă partial costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct.1.6
 - b) nu suportă costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct. 1.6
 - c) suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct. 1.6

3. Pachetul minimal care cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația:
 - a) în care pacientul asigurat nu este constient
 - b) în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat
 - c) în care pacientul este asigurat conform HOTĂRÂRII nr. 205 din 25 martie 2015

4. Pentru pacienții beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă sau de zi furnizorii de servicii medicale:
 - a) solicită bilet de internare
 - b) solicită bilet de internare, scrisoare medicală și actele de identitate
 - c) nu solicită bilet de internare

5. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:
 - a) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare
 - b) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare, nașterea
 - c) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență; boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului; nașterea

6. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:
 - a) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare
 - b) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare, nașterea
 - c) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență; boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului; nașterea

7. În cadrul serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie pentru situații de urgență se acordă:

a) o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat, primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se acordă maximum 2 consultații

b) o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată

c) o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care nu s-a acordat, primul ajutor sau care nu a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se acordă maximum 2 consultații.

8. În cadrul serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice se acordă:

a) maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului

b) maximum 2 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului

c) minim 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

9. În cadrul serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, pentru efectuarea unor manevre terapeutice se acordă:

a) maximum două consultații

b) minimum două consultații

c) maximum trei consultații.

10. Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

c) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

11. Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi, indicatori calitativi

b) indicatori calitativi, indicatori de management

c) indicatori calitativi, indicatori cantitativi, indicatori de management.

12. Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

a) $SC = (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP / 12 \text{ luni}$

b) $SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP$

c) $SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP / 12 \text{ luni}$

13. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acută, se face în funcție de:

a) numărul de cazuri externate, raportate și validate, valoarea relativă a TCP-ului corespunzător fiecărui caz, tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2016, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

b) numărul de cazuri externate și raportate, valoarea relativă a ICM-ului corespunzător fiecărui caz, tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2016, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

c) numărul de cazuri externate, raportate și validate, valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz, tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2016, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

14. Decontarea lunară în limita sumei contractate spitalizare de zi, se face în funcție de:

a) numărul de cazuri externate, raportate și validate, prevăzut în anexa nr. 22 la ordin

b) numărul de cazuri/servicii raportate și validate, tariful negociat pe serviciu/caz rezolvat

c) numărul de cazuri externate și raportate, prevăzut în anexa nr. 22 la ordin.

15. Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de:

a) 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării

b) 20% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 20% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării

c) 20% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 20% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 60% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

16. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic

b) consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic

c) consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuziei, consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic, consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală

17. Pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată se acorda:

- a) o singură consultație per persoană
- b) doua consultatii per persoană
- c) trei consultatii per persoană.

18. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează:

a) maximum trei consultații pentru: urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării; efectuarea unor manevre terapeutice ; după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului

b) maximum două consultații pentru: urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării; efectuarea unor manevre terapeutice; după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

c) minim două consultații pentru: urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării; efectuarea unor manevre terapeutice ; după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

19. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere:

a) maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună

b) maximum 3 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună

c) trei consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

20. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acorda consultatii pe baza:

- a) scrisorii medicale eliberata de medicul specialist
- b) biletului de trimitere eliberat de medical de familie
- c) nu este necesar bilet de trimitere.

21. Dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate:

- a) se decontează maximum 2 consultații/semestru
- b) se decontează maximum 3 consultații/semestru
- c) se decontează maximum 4 consultații/semestru.

22. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate:

a) nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu

b) solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu

c) solicita formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr.883/2004 .

23. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din anexa 7/ord.763/377/2016 pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se acordă numai pe baza:

- a) scrisorii medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate
- b) formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr.883/2004.
- c) biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate.

24. Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la ordin 763/377/2016 are unele obligații, câteva dintre ele ar fi :

a) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii, să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguraților de sănătate în condițiile lit. ak), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea

b) să informeze despre condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate, precum și despre eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web; să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

c) să deducă spre soluționare situațiile în care se constată neconformitatea documentelor, pentru a căror corectitudine pacienții depun declarații pe propria răspundere; să comunice în format electronic motivarea, cu privire la erorile de raportare a anumitor servicii;

25. Pentru bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice este de:

- a) până la 90 zile calendaristice
- b) până la 60 zile calendaristice
- c) până la 30 zile calendaristice.

26. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice și citologice are termen de valabilitate:

- a) 30 de zile calendaristice
- b) 60 de zile calendaristice
- c) 90 de zile calendaristice.

27. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate:

- a) până la 90 zile calendaristice
- b) până la 60 zile calendaristice
- c) până la 30 zile calendaristice.

28. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice - serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) este formular cu regim special, unic pe țară și are valabilitate:

- a) 30 de zile calendaristice
- b) 60 de zile calendaristice
- c) 90 de zile calendaristice.

29. Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația:

a) să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate

b) să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regăsesc în anexa nr. 17 la ordin

c) să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale clinice care nu se regăsesc în anexa nr. 17 la ordin.

30. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în anexa 22 litera B la ordin pot fi acordate și în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă:

a) complicații sau comorbidități cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleției volemică, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

b) complicații privind monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/ conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cornice, sângerare majoră ce pune problema repleției volemică

c) complicații ale terapiei chirurgicale a apendicitei cornice cu sângerare majoră ce pune problema repleției volemică.

31. Sunt considerați indicatori de calitate:

- a) rata mortalității
- b) durata medie de spitalizare
- c) cheltuieli cu medicamente

32. Procesul de validare a datelor pacienților respectă regulile stabilite de:

a) SNSPMS - Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar

b) MS - Ministerul Sănătății

c) CJAS - Casa Județeană de Asigurări de Sănătate și CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

33. În completarea formularului privind Foaie de observație clinică generală (FOCG), la categoria de asigurat se bifează «PNS» pentru bolnavii:

a) cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății și care realizează alte venituri

b) beneficiari ai unei legi speciale (Legea 309/2002, Legea 416/2001)

c) care nu realizează venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care se stabilește această calitate.

34. Retransmiterea cazurilor invalide pentru revalidare se face către SNSPMPDSB :

a) doar cu ocazia regularizărilor trimestriale

b) doar cu ocazia cererii de validare a cazurilor invalide lunare

c) doar în situația în care comisia de analiză da un aviz nefavorabil.

35. Până la ce dată, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic,

datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

- a) Lunar, până la data de 7
- b) Lunar, până la data de 10
- c) Lunar, până la data de 5.

36. Cardul national emis prin sistemul unic integrat al asigurarilor sociale poate fi utilizat:

- a) pe teritoriul statelor membre ale Uniunii Europene
- b) pe teritoriul Romaniei
- c) pe teritoriul judetului in care are asiguratul domiciliul.

37. Pentru trimestrul IV 2015 până la ce data Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității, în formatul solicitat de CNAS:

- a) până la data de 21 ianuarie 2016, respectiv până la data de 31 ianuarie 2016
- b) până la data de 16 decembrie 2015, respectiv până la data de 21 ianuarie 2016
- c) până la data de 15 decembrie 2015, respectiv până la data de 31 ianuarie 2016.

38. Complexitatea cazurilor (indicele de case mixt) exprima:

- a) tipurile de pacienti tratati in spital in functie de diagnostic si gravitate
- b) resursele necesare spitalului in concordanta cu pacientii tratati
- c) pacientii "virtuali" generati prin ajustarea cazurilor externate, in functie de resursele asociate cu fiecare tip de caz.

39. Pentru care tip de cazuri, este necesară transmiterea electronica a datelor clinice la nivel de pacient:

- a) pentru spitalele finanțate pe bază de caz rezolvat
- b) pentru pacienții cărora li se întocmește foaie de observație clinică generală
- c) pentru toți pacienții cu excepția celor internați la cerere.

40. In FOCG - diagnosticul la externare se completeaza si se codifica conform cu clasificarea RO.vi.DRG de catre:

- a) medicul de garda
- b) medicul curant
- c) medicul sef sectie.

41. SMDP inseamna:

- a) Set minim de date la nivel de pacient
- b) Set minim de date paraclinice
- c) Standard minim de date

42. Erorile în culegerea și raportarea datelor din SMDP generează:

- a) gruparea eronată a pacienților
- b) interpretări corecte ale rezultatelor activității clinice
- c) informații eronate pentru finanțarea spitalelor de cronici.

43. Care din urmatoarele categorii de asigurati sunt scutite de coplata:

- a) copiii pana la varsta de 18 ani, tinerii intre 18 ani si 26 de ani daca sunt elevi, absolventi de liceu pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult e luni, ucenicii sau studentii, daca nu realizeaza venituri din munca, pensionarii cu venituri numai din pensii de pana la 740 lei / luna

- b) asigurați facultativ
- c) salariați încadrați cu salariul minim pe economie

44. În momentul prezentării asiguratului în vederea programării investigațiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurări de sănătate :

- a) data prezentării și de a semna;
- b) data programării, precum și de a semna și ștampila acest exemplar.
- c) data prezentării, data programării, precum și faptul de a semna și ștampila acest exemplar;

45. Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate :

- a) de până la 60 de zile calendaristice;
- b) de până la 90 de zile calendaristice;
- c) de până la 30 de zile calendaristice.

46. Cum se pot verifica informațiile privind emiterea cardului național?

- a) prin intermediul serviciilor web sau prin intermediul unui instrument electronic care poate fi accesat pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>
- b) în condițiile legii, informațiile minime privind emiterea cardului național de sănătate, sunt puse la dispoziție de Centrului Național Unic,
- c) în condițiile legii, informațiile minime privind emiterea cardului național de sănătate, sunt puse la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

47. Care sunt entitățile care au acces la informațiile înscrise pe cardul național?

- a) Pacientul, Furnizorii de servicii medicale, medicul de familie la care este înscris asiguratul, medicii specialiști, furnizorii de dispozitive medicale și furnizorii de medicamente
- b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate, prin personalul autorizat în acest scop, medicul de familie la care este înscris asiguratul, medicii specialiști, furnizorii de dispozitive medicale și furnizorii de medicamente
- c) Pacientul, medicul de familie la care este înscris asiguratul, medicii specialiști, farmacia.

48. Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distinct pentru cazurile:

- a) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale
- b) cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale
- c) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane.

49. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemoepidemic, consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuziei,
- b) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemoepidemic,

c) servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic, consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehozului, consultațiile de planificare familială, servicii de prevenție

50. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice se acordă :

a) maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului

b) maximum 2 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului

c) minim 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

51. Datele care vor fi corectate la nivelul spitalului în cazul invalidării unui caz de spitalizare continuă vor fi:

a) datele care au încălcat regulile din grupa A

b) datele care au încălcat regulile din grupa B

c) ambele răspunsuri sunt gresite

52. Spitalele raportează în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizare continuă SMDPC aferent pacienților externati , lunar la:

a) Ministerul Sănătății

b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate

c) Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar

53. Dovada calității de asigurat pentru salariat se face pe baza următoarelor documente:

a) cartea de identitate , adeverință eliberată de angajator conform Ord. 903/2007 sau verificarea site CNAS <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>

b) declarație pe proprie răspundere că nu realizează alte venituri;

c) adeverință eliberată de organul fiscal

54. Utilizarea datelor din bazele de date , pentru publicare se face cu acordul:

a) asistentului șef

b) managerului spitalului

c) fiecare utilizator poate folosi bazele de date dacă pacienții sunt instințați anterior

55. Pentru completarea FOGC sau FSZ la internare, registratorul introduce datele de identitate al pacientului pe baza :

a) actelor oficiale: buletin de identitate, card național, pașaport;

b) actelor oficiale:- buletin de identitate, talon de pensie, certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate), pașaport;

c) actelor oficiale: certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate), card european, pașaport;

56. Un pacient nu prezintă la internare sau pe perioada internării cardul de sănătate poate beneficia de servicii medicale spitalicești numai dacă:

a) criteriul de internare este urgent, diagnostic și tratament dar până la externare prezintă adeverință înlocuitoare de card emisă de CAS

b) criteriul de internare este diagnostic și tratament

c) criteriul de internare este urgenta dar pana la externare prezinta adeverinta inlocuitoare de card emisa de CAS

57. Incepand cu luna mai 2015 spitalele vor raporta in format electronic setul minim de date la nivel de pacient, aferent pacientilor externati, Scolii Nationale de Sanatate Publica management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti pana in data de :

- a) 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- b) 4 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- c) 5 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea

58. Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la data de:

- a) 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- b) 4 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- c) 5 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea

59. In completarea formularului privind Foaie de observație clinică generală (FOCG), greutatea la nastere se completeaza la nou-nascutii si copiii cu varsta de:

- a) pana la 6 luni
- b) pana la 1 an
- c) pana la 3 ani

60. Care este utilitatea DRG:

- a) calcularea valorilor relative ale grupelor de diagnostice si finanțarea spitalelor
- b) statistica spitalului
- c) creșterea adresabilității pacienților la nivelul spitalului

61. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu pentru:

- a) pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului national de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului
- b) pentru toti pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană care se prezinta direct
- c) pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului

62. Un pacient care prezinta card european de asigurat beneficiaza de servicii medicale spitalicesti numai daca criteriul de internare este:

- a) tratament medical
- b) urgenta medico-chirurgicala
- c) diagnosticul nu poate fi stabilit in ambulatoriul de specialitate.

63. Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pana in data de :

- a) 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- b) 7 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- c) 15 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea

64. Un episod de spitalizare continua reprezinta:

- a) perioada de spitalizare a unui pacient, în cadrul aceleiași spital, fără întrerupere dar cu posibilitatea modificării tipului de îngrijiri.
- b) perioada de spitalizare a unui pacient, în cadrul aceleiași spital, fără întrerupere și fără modificarea tipului de îngrijiri.
- c) perioada de spitalizare a unui pacient, în cadrul aceleiași spital, fără întrerupere atât pentru tipul de îngrijire acut cât și cronic sau recuperare.

65. În situația în care se realizează un transfer al pacientului între secții care furnizează îngrijiri de tip diferit (din secții de îngrijiri acute în secții de îngrijiri cronice sau de recuperare și invers):

- a) se deschide o nouă FOCG
- b) nu se deschide o alta FOCG, episodul de spitalizare continuând pe aceeași FOCG
- c) se deschide o alta FSZ.

66. În cazul în care pe parcursul episodului de spitalizare de zi pacientul este internat în regim de spitalizare continuă:

- a) nu se va închide FSZ și se va deschide o FOCG
- b) se va închide FSZ și se va deschide o FOCG
- c) se va deschide FSZ și se va închide o FOCG.

67. Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la data de 4 a lunii, datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele):

- a) vor fi transmise în formă criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului).
- b) nu vor fi transmise
- c) vor fi transmise după codificarea lor, utilizându-se mecanismul de codificare folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI).

68. Numărul FOCG al mamei se completează numai în cazul:

- a) numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, chiar și când mama nu este internată în același spital.
- b) FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 0 an, când mama este internată în același spital
- c) numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, când mama este internată în același spital.

69. Criteriul de internare - se completează numeric în FOCG?

- a) în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2015 - 2016, conform Notei privind criteriile de internare, atașată FOCG
- b) în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014- 2015, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată FOCG
- c) în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2015- 2016, cu modificările actuale conform Notei 4 privind criteriile de internare, atașată FOCG.

70. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015:

a) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015; S: pentru serviciile medicale de tip "serviciu" - de la lit. B, pct. B.3 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015

b) M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015; C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip CHIRURGICAL - de la lit. B pct. B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015

c) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015; M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

71. Perioada de valabilitate a cardului european este stabilita astfel incat:

a) sa acopere perioada de timp necesara sederii temporare, dar nu poate depasi 6 luni de la data emiterii

b) sa acopere perioada de timp necesara sederii, dar nu poate depasi 12 luni de la data emiterii

c) sa acopere perioada de timp necesara sederii.

72. Cardul european conține următorul set obligatoriu de informații vizibile :

a) numele și prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nașterii asiguratului data expirării cardului, codul Organizației Internaționale pentru statul emitent al cardului, numărul de identificare și acronimul casei de asigurări care emite cardul, numărul cardului;

b) numele și prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului , data nașterii asiguratului, numărul cardului, numărul de identificare și acronimul casei de asigurări care emite cardul;

c) numele și prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nașterii asiguratului, data expirării cardului, codul Organizației Internaționale pentru statul emitent al cardului, numărul de identificare și acronimul casei de asigurări care emite cardul.

73. Ce categorii de pacienti beneficiaza de internare de urgenta:

a) pacientii asigurati obligatoriu, beneficiari de card national

b) pacientii asigurati obligatoriu si facultativ;

c) toti pacientii a caror nivel de prioritate este urgenta.

74. Pentru completarea fișei de spitalizare de zi (FSZ) Criteriul de internare se completează :

a) numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, conform Notei 1 privind criteriile de internare, atașată fișei de spitalizare de zi

b) numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile

acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată fișei de spitalizare de continua

c) se codifică conform Listei tabelare de clasificării, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.

75. Pentru persoanele asigurate facultativ costurile investigațiilor paraclinice recomandate, sunt suportate de către :

- a) furnizorul de servicii paraclinice
- b) persoana asigurată facultativ
- c) casa județeană de asigurări de sănătate.

76. Cum se pot verifica informațiile privind calitatea de asigurat în momentul prezentării la furnizorul de servicii medicale aflat în relații contractuale cu CAS, a pacientului pentru efectuarea de servicii medicale spitalicești, clinice și paraclinice:

- a) prin intermediul instrumentului electronic care poate fi accesat pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>
- b) prin prezentarea unei adeverințe emise de către angajator
- c) prin prezentarea cardului național, adeverinței de asigurat, certificatului de naștere sau a cuponului de pensie.

77. Din ce dată este obligatoriu utilizarea cardului național pentru decontarea serviciilor:

- a) 1 februarie 2015
- b) 1 ianuarie 2015
- c) 1 mai 2015

78. Cine suportă costul eliberării unui duplicat al cardului național în cazul pierderii, distrugerii acestuia:

- a) asiguratul
- b) casa de asigurări
- c) medicul de familie

79. Numărul de înregistrare al foii de observație clinică generală este :

- a) un număr unic pe spital care se schimbă la începutul fiecărei luni calendaristice
- b) un număr unic pe spital, numerotarea începe cu 00001 la data de 1 ianuarie a fiecărui an
- c) este un număr aleatoriu.

80. Foaia de Observație Clinică Generală se completează pentru fiecare episod de spitalizare continuă:

- a) într-un singur exemplar
- b) în trei exemplare
- c) în două exemplare

81. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație, în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face:

- a) direct, cu alt bilet de trimitere
- b) direct, fără alt bilet de trimitere
- c) direct, fără alt bilet de trimitere dar cu scrisoare medicală.

82. Un pacient care este internat în regim de Spitalizare de Zi poate beneficia de servicii medicale în ambulator?

- a) Nu poate beneficia de servicii medicale in ambulator deoarece este internat in regim de spitalizare de zi si beneficiaza de serviciile medicale
- b) Poate beneficia doar ziua urmatoare dupa externarea din regim de spitalizare de zi
- c) Poate beneficia de servicii medicale in ambulatoriu, altele decat cele necesare acordarii serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea conditiilor de acordare a serviciilor medicale in ambulatoriu.

83. Cum se procedeaza in cazul in care un pacient se transfera intre sectiile care furnizeaza ingrijiri de tip diferit (ingrijiri acute si ingrijiri cronice):

- a) Pacientul este transferat fara a se inchide foaia de observatie clinica generala
- b) Se inchide prima foaie de observatie clinica generala si se deschide o noua foaie de observatie clinica generala
- c) Pacientul nu poate fi transferat de pe o sectie pe alta, se inchide foaia de observatie clinica generala iar pacientul trebuie sa revina dupa 24 h pentru a putea fi internat in alta sectie, conform regulilor de validare.

84. La externarea pacientilor din Spitalizare continua , semnarea externarilor cu, cardul national de sanatate nu este obligatorie in urmatoarele cazuri:

- a) la externare starea pacientului este Vindecat si/sau Ameliorat
- b) Tipul de externare este externat si/sau externat la cerere
- c) Tipul de externare este transfer inter-spitalicesc si/sau decedat

85. Transmiterea datelor clinice catre SMDPC, aferente pacientilor externati in luna recedenta, incepand cu luna Mai 2015, se face lunar pana in data de:

- a) Pana in data de 4 a lunii
- b) Pana in data de 5 a lunii
- c) Pana in data de 8 a lunii

86. Internarea in regim de spitalizare continua are o durata de:

- a) maxim 12 ore
- b) minim 12 ore
- c) nu are importanta

87. Internarea in regim de spitalizare de zi are o durata de:

- a) minim 12 ore
- b) o zi
- c) maxim 12 ore /vizita(zi)

88. Din lista serviciilor medicale in regim de spitalizare de zi decontate asiguratilor prin tarif pe serviciu medical/vizita (zi) pentru care nu este necesara inchiderea fisei de spitalizare de zi dupa fiecare vizita(zi) este:

- a) chimioterapie , monitorizare, litotritie
- b) coxartroza si gonartroza
- c) alte anemii prin carenta de fier

89. Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este cel negociat cu:

- a) Ministerul Sanatatii
- b) Casele de asigurari de Sanatate
- c) toti furnizorii de servicii medicale

90. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru:

- a) investigatii paraclinice recomandate de medicul de familie sau medicul specialist
- b) tratamentul prescris de medicii de familie sau medical specialist
- c) investigatii paraclinice recomandate si tratament prescris de medicul de familie

91. Ce reprezinta serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale:

- a) administrare de medicamente
- b) preventie si profilaxie
- c) asistenta medicala de urgenta-anamneza, examen clinic si tratament

92. Consultatiile la domiciliu acordate de catre medicul de familie pentru un asigurat inscris pe lista proprie, se deconteaza astfel:

- a) maxim o consultatie pentru fiecare episoade acut/subacut ale bolilor cronice
- b) maxim doua consultatii pentru fiecare episod acut/subacut ale bolilor cronice
- c) maxim trei consultatii pentru fiecare episoade acut/subacut ale bolilor cronic

93. Ce reprezinta servicii aditionale in cadrul efectuarii de servicii medicale:

- a) investigatii de inalta performanta - CT
- b) investigatii de inalta performanta - RMN
- c) efectuarea si interpretarea EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate, ecografie generala (abdomen si pelvis)

94. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua si a treia consultatie avand consultatia initiala cu bilet de trimitere, se face:

- a) direct fara alt bilet de trimitere
- b) direct cu un alt bilet de trimitere
- c) direct scrisoarea medicala primita la consultul initial.

95. Cine are obligatia de a informa medicul de familie despre planul terapeutic stabilit precum si orice modificare a acestuia stabilit in cadrul efectuarii unui serviciu medical:

- a) bolnavul in cauza
- b) medicul de garda
- c) medicul de specialitate prin scrisoare medicala

96. Serviciile de inalta performanta RMN, CT, scintigrafie si angiografie se acorda pe baza:

- a) scrisorii medicale emisa de medicul specialist
- b) biletului de trimitere emis de medicul specialist
- c) biletului de trimitere emis de medicul de familie

97. Care este termenul de valabilitate al cardului national de sanatate:

- a) 10 ani de la data emiterii
- b) 3 ani de la data emiterii
- c) 5 ani de la data emiterii

98. Tipurile de ingrijiri in regim de spitalizare continua conform Ord.1782/576/2006 sunt:

- a) ingrijiri acute
- b) ingrijiri cronice
- c) ingrijiri acute si cronice sau de recuperare

99. In situatia in care se realizeaza un transfer al unui pacient catre un al spital cu acelasi tip de ingrijiri, este obligatorie:

- a) semnarea cu cardul de sanatate

- b) nu este obligatorie semnarea cu cardul de sanatate
- c) este obligatorie doar semnarea cu cardul de sanatate nefiind necesar prevalidarea cazului medical

100. Cine completeaza in FOCG sau FSZ diagnosticul principal de externare si diagnosticile secundare:

- a) medicul sef de sectie
- b) medicul curant
- c) medicul de garda

101. Persoanele care din motive religioase sau de constiinta refuza primirea cardului national de sanatate, vor prezenta la internare doar:

- a) cartea de identitate si biletul de trimitere pentru internare
- b) pasaportul sau permisul de conducere si biletul de trimitere pentru internare
- c) adeverinta de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, eliberata la solicitarea asiguratului de catre Casa de asigurari unde este luat in evidenta

102. Tipurile de spitalizare de zi, in conformitate cu Ordinul 763/377/2016 sunt:

- a) Tarif pe caz Rezolvat si Tarif pe Serviciu
- b) Caz Rezolvat Medical si Chirurgical
- c) Caz Rezolvat Chirurgical si Monitorizare

103. Consultatiile in ambulatorul de specialitate pentru supravegherea evolutiei sarcinii si a leuziei se fac direct la medicul de specialitate din ambulatoriul la urmatoarele intervale de timp:

- a) O consultatie in fiecare luna de sarcina si o consultatie in fiecare luna, in primele trei luni de la nastere
- b) O consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere
- c) O consultatie la fiecare doua luni de sarcina si o consultatie la doua luni de la nastere

104. Pentru pacientii neasigurati care sunt internati , avand criteriul de internare "criteriu urgenta medico-chirurgicala" acordarea serviciilor medicale se face pana:

- a) la maxim 3 zile de la internare
- b) In momentul in care serviciile medicale de urgenta nu se mai justifica
- c) Nu este conditionata externarea pacientilor neasigurati, internati cu, criteriul urgenta medico-chirurgicala

105. Prescrierea preparatelor, stupefiante si psihotrope se realizeaza doar in format de:

- a) Prescriptie Electronica in regim on-line
- b) Prescriptie Electronica in regim off-line
- c) Prescriptie medicala cu regim special

106. Spitalizarea de zi de tipul Tarif Caz rezolvat medical, contractata cu CASMM se realizeaza in functie :

- a) Procedurile medicale conform anexei 22 B2 /Ord.763/377/2016
- b) Diagnostiche conform anexei 22 B1/ Ord.763/377/2016
- c) Vizite cu servicii conform anexei 22 B3.2 /Ord.763/377/2016

107. Asistența medicală de urgență conform Anexei nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de

asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății se refera la:

- a) Cazurile de cod rosu, galben si verde
- b) Cazurile de cod rosu, galben si albastru
- c) Cazurile de cod rosu, verde si albastru

108. Pentru consultatiile in cazul in care sunt necesare depistare a bolilor cu potential endomo-epidemic in ambulatoriul de specialitate, pacientul se prezinta:

- a) Cu bilet de trimitere
- b) Se prezinta direct, fara bilet de trimitere
- c) Cu bilet de trimitere si programare

109. Pentru pacientii cu varsta cuprinsa intre 0-16 ani , care se prezinta in regim de urgenta la medicii din specialitati clinice, acestia pot elibera prescriptii medicale pentru o perioada de :

- a) 3 zile
- b) 7 zile
- c) Nu pot elibera prescriptii medicala in urgenta

110. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat pentru afectiuni acute sau subacute precum si acutizari ale bolilor cronice, la externarea din spital, CAS deconteaza conform Ordinului 763/377/2016 maxim:

- a) O consultatie
- b) Doua consultatii
- c) Trei consultatii

111. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu afectiuni cronice se deconteaza pe un bilet de trimitere maximum:

- a) 4 consultatii/trimestru/asigurat dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna
- b) 4 consultatii/trimestru/asigurat dar nu mai mult de o consultatie pe luna
- c) 3 consultatii/trimestru/asigurat dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna

112. Contravaloarea investigații paraclinice- analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, precum și pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin se suportă de către:

- a) Casa Judeteana de Asigurari de Sanatate în cuantum de 12% suma totală contractată cu furnizorul
- b) furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în cuantum de 12% raportată la suma totală contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru analize medicale de laborator, defalcată proporțional pe luni
- c) Medicul de familie care a trimis biletul de trimitere de preventie

113. Perioada pentru care se deconteaza procedurile specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie este de:

- a) Maxim 14 zile/an/asigurat
- b) Maxim 28 zile/an/asigurat
- c) Maxim 21 zile/an/asigurat

114. Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPC, care conține datele aferente pacienților externați în luna precedentă se face lunar:

- a) până la data de 4 a lunii urmatoare aferente raportarii
- b) până la data de 5 a lunii urmatoare aferente raportarii
- c) până la data de 7 a lunii urmatoare aferente raportarii

115. Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise :

- a) în formă electronica, utilizându-se mecanismul de transmitere folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului)
- b) în formă criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului)
- c) în formă criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic utilizat de catre fiecare furnizor de servicii medicale pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului).

116. Instruirea și sprijinirea spitalelor privind colectarea și transmiterea SMDPC și a SMDPZ se vor face de către :

- a) autoritățile de sănătate publică județene – Directia de Sanatate Publica
- b) autoritățile de sănătate publică județene – Casa de Asigurari de Sanatate Judeteana
- c) autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București și de către structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

117. Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice personalului medical (codul de parafă al medicului curant, codul de parafă al medicului operator), vor fi transmise:

- a) în formă criptată,utilizându-se mecanismul de criptare furnizat de Școala Națională de Sănătate Publică,Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
- b) în formă criptată,utilizându-se mecanismul de criptare furnizat Casa Nationala de Asigurari de Sanatate
- c) în formă electronica,utilizându-se mecanismul de raportare utilizat de catre fiecare furnizor de servicii medicale.

118. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015:

- a) M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 si C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip CHIRURGICAL - de la lit.B pct. B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de sănătate nr. 388/186/2015
- b) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 si S: pentru serviciile medicale de tip "serviciu" - de la lit. B, pct. B.3 din anexa nr. 22la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015
- c) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 si M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul Ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

119. Cardurile naționale nedistribuite de medicii de familie într-o perioadă de 12 luni de la primirea acestora vor fi :

- a) pastrate de catre medicii de familie
- b) returnate prin posta casei nationale de asigurari de sanatate
- c) returnate caselor de asigurări de sănătate.

120. Eliberarea unui nou card național se face în termen de:

- a) 30 de zile calendaristice de la depunerea unei cereri la casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află persoana respectivă prin medicul de familie
- b) 10 de zile calendaristice de la depunerea unei cereri la casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află persoana respectivă prin medicul de familie
- c) 90 de zile calendaristice de la depunerea unei cereri la casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află persoana respectivă prin medicul de familie.