

REFERAT

de aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Având în vedere:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 privind aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

Începând cu data de 1 iulie 2012 toți furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data prevăzută în norme, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special –off-line.

Față de cele mai sus menționate se impune elaborarea unui proiect de ordin care să reglementeze modelul unic al formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și modul de completare și utilizare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Pe cale de consecință vă supunem spre aprobare proiectul de ordin elaborat în acest sens.

Secretar General,**George DIGA****Director General,****Leana STOEA**

NR.....

Nr.....

ORDIN

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

Având în vedere Referatul de aprobare nr. al
Ministerului Sănătății Publice și nr. al Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările ulterioare;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de
Sănătate emit următorul:**
Ordin

Art.1 (1) Se aprobă modelul unic al formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cuprins în anexa nr. 1.

(2) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și poate fi on –line sau off-line.

Prin prescripția medicală electronică on-line se înțelege – prescripția medicală în format electronic care este completată de medic folosind o aplicație informatică dedicată care este conectată la Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate , iar prescripția este valiadată și înregistrată în formă electronică în sistem înainte de a fi tipărită. Pentru conectarea la sistemul informatic al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorul trebuie să utilizeze un certificat digital calificat, iar aplicația trebuie să fie înregistrată în baza unei serii de licențe eliberate din sistem.

Prin prescripția medicală electronică off-line se înțelege - prescripția în format electronic care este completată de medic folosind o aplicație informatică dedicată care nu este conectată la Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și este tipărită fără a fi validată și înregistrată în sistem, sau prescripția completată manual pe hârtie, respectând formularul specific din Anexa 1.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de către farmacist, denumite în continuare componenta prescriere, respectiv componenta eliberare.

(3) Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line pe medic prescriptor și vor atribui furnizorilor de servicii medicale un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora.

Art.2 (1) Se aprobă Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cuprinse în anexa nr.2

(2) Aplicarea prevederilor normelor metodologice prevăzute la alin. (1) este obligatorie pentru toți furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Anexa nr. 3 cuprinde Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European.

Art.3 Anexele nr. 1 - 3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art.4 Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 1 iulie 2012.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII ,

VASILE CEPOI

**PREȘEDINTELE CASEI NAȚIONALE
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE,**

DORU BĂDESCU

Anexa 1

I. Componenta prescriere

Serie Număr

1. Unitate medicală ☐ MF
☐ AMBULATORIU
CUI ☐ SPITAL
CAS - Contract / convenție ☐ ALTELE
☐ Aprobă Comisie ☐ MF-MM

2. Asigurat FO/RC ☐ Salariat ☐ Revoluționar
☐ Co-asigurat ☐ Handicap
Nume ☐ Liber profesionist ☐ PNS
Prenume ☐ Copil (<18 ani) ☐ Ajutor social
CID ☐ Elev / Ucenic / Student (18 - 26 ani) ☐ Șomaj
CE ☐ Gravidă / Lehoză ☐ Personal contractual
PASS ☐ Pensionar ☐ Card European (CE)
Data nașterii ☐ Veteran ☐ Acorduri internaționale
Sexul M ☐ F ☐ Cetățenia ☐ 0 - 700 lei / lună ☐ Alte categorii

3. Diagnostic / Cod Diag.

4. Dată prescriere Număr zile prescriere: ..

Posti	Cod diag.	Tip dg.	Denumire comună internațională / Denumire comercială / FF / Concentrație	D.S.	Cantitate (UT)	%Preț ref.	Listă
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Parafă medic prescriptor

Semnătură medic prescriptor

L.S. Unitate

Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor legii 455/2001 și a HG 1259/2001 de către: cu certificatul numărul din data emis de - furnizor de servicii de certificare acreditat conform legii.

NORME METODOLOGICE

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

CAP. 1

1. Începând cu data de 1 iulie 2012 prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală se face pe formularul prevăzut în anexa nr. 1, 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 și în Normele metodologice de aplicare ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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 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, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Formularele de prescripție medicală utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt: formularul prevăzut în Anexa nr.1; 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 ; formularele de prescripții pentru medicamentele 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.

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

b) emiterea prescripțiilor medicale conținând medicamente care se eliberează compensat 100% din prețul de referință sau prețul de decontare altor categorii de asigurați decât cele prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

3. Durata pentru care se pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală este cea prevăzută în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

4. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală se pot elibera de către orice farmacie care, la data eliberării prescripției medicale, se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, respectiv de către farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul bolnavilor cuprinși în

unele programe de sănătate cu scop curativ, conform hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

5. Pe același formular de prescripție pot fi cuprinse denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, din toate sublistele A, B și C, conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare [sublista B - mai puțin DCI-urile prescrise cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; mai puțin DCI-urile prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună; secțiunea C1 - mai puțin DCI-urile prescrise în bolile cronice cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; secțiunea C2 - mai puțin DCI-urile prescrise în diabet zaharat, afecțiuni oncologice, stări posttransplant și unele boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5), sindromul Prader-Willi (P6.7); secțiunea C3].

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

6.1. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat); astfel, se va întocmi câte o prescripție distinctă pentru fiecare dintre situațiile următoare: tratamentul cu antidiabetice orale (ADO), tratamentul cu insuline + teste de automonitorizare, tratamentul mixt (ADO + insuline) + teste de automonitorizare;

6.2. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P3 - Programul național de oncologie);

6.3. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu stare posttransplant (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană);

6.4. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate cu scop curativ pentru care eliberarea se face prin farmaciile cu circuit închis ale spitalelor, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (pentru fiecare program DCI-urile corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor fac obiectul unei prescripții distincte);

6.5. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nominalizate pe sublista B; DCI-uri pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescrise în cadrul tratamentului următoarelor grupe de boli cronice: hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV - (G4), ciroză hepatică - (G7), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine - (G22), boala Gaucher - (G29), boala cronică inflamatorie intestinală - G31a, poliartrita reumatoidă - (G31b), artropatia psoriazică - (G31c), spondilita ankilozantă - (G31d), artrita juvenilă - (G31e), psoriazis cronic sever (plăci) - (G31f), DCI-uri nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu completările ulterioare;

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

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

6.8. DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5), sindromul Prader-Willi (P6.7);

6.9. DCI-uri din cadrul sublistei B, prescrise în regim de compensare 90% din prețul de referință pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

7. Prezența în formular doar a 7 poziții pentru prescriere nu limitează drepturile asiguratului prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În situațiile în care, pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul are nevoie de mai mult de 7 medicamente diferite, din subliste diferite/lună, se pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea

limitelor de prescriere prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

8. Prescripțiile medicale electronice 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 metodologice de aplicare ale hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

9. În situația în care medicul prescriptor completează greșit rubricile din componenta prescriere acestea pot fi corectate înainte de validarea finală a prescripției medicale electronice în sistemul de prescriere electronică, cu menținerea seriei și numărului prescripției medicale. În situația în care medicul prescriptor constată că o prescripție medicală electronică-componenta prescriere a fost greșit completată, după validarea finală a acesteia în sistemul de prescriere electronică, prescripția medicală electronică respectivă va fi anulată de medicul prescriptor și nu va mai putea elibera o altă prescripție medicală electronică-componenta prescriere cu aceeași serie și număr.

9. Atribuirea, gestionarea și procurarea prescripțiilor 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, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, un număr de prescripții medicale on-line și off-line;

b) gestionarea prescripțiilor medicale 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 eliberare de medicamente;

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

b3. evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line eliberate -componenta eliberare-, inclusiv a celor pentru care eliberarea medicamentelor prescrise se face de mai multe farmacii .

c) furnizorii de servicii medicale /medicii care au încheiat convenție cu casele pentru prescrierea de medicamente 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) procurarea 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 delegatul acestuia, respectiv de către medicii care au încheiat convenție cu casele de asigurări de sănătate pentru prescrierea de medicamente .

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

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale care au mai mulți medici angajați cu drept de prescriere, distribuirea prescripțiilor medicale electronice la nivelul furnizorului se face în ordine cronologică a apelurilor prescripției medicale electronice în aplicația informatică-prescripție electronică de către medicii prescriptori și în ordine crescătoare a numărului prescripțiilor medicale electronice aflate la dispoziția furnizorului.

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

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

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

CAP. 2

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 de prescriere electronică de 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, 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

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 pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

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

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

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

c) "Aprobat comisie" - în cazul în care se prescriu medicamente pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul caselor de asigurări de sănătate sau la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, se notează: grupa de boală cronică aferentă afecțiunii care a fost aprobată de comisie (G_X)/numărul programului (P_X), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. În cazul prescrierii acestor medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze

anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare, emis/emisă de comisii.

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

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

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

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

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

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

(viii) se bifează "PNS" pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pe perioada în care sunt incluși în program, și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate în care sunt incluși;

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

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

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct pe formularul de prescripție medicală, dar care sunt menționate distinct la art. 213 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;

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

- cifra 3, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european. Tipurile de formulare europene sunt: E 106; E 109; E 112; E120; E 121. Având în vedere că începând cu data de 1 mai 2010, au intrat în vigoare Regulamentul (CE) nr.883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și Regulamentul (CE) nr.987/2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr.883/2004, noile tipuri de formulare europene sunt: S009; S010; S011; S012; S013; S014; S015; S035; S036; S037; S044; S045; S071; S072; S073; S075; S076.

(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 liberale sau independente;

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

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

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

c) câmpul "CID/CE/PASS" corespunde codului numeric personal/codului unic de asigurare/număr card european/număr pașaport. 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 și ale Spațiului Economic European se va completa numărul pașaportului pentru beneficiarii formularelor europene, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul nr. 8 de pe acesta), pentru titularii de card european..

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

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

3. "Diagnostic/cod diagnostic" - se vor nota toate diagnosticile pacientului pentru care au fost prescrise medicamente. Pe prescripțiile medicale electronice listate de medicii prescriptori și înmânate asiguratului, se completează numai codul/codurile de diagnostic, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală; Descrierea diagnosticului/diagnosticelor va rămâne numai în aplicația informatică privind prescrierea electronică de medicamente.

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

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

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

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

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

Pentru testele de automonitorizare prescrise bolnavilor cu diabet zaharat insulinodependent se va specifica sintagma "teste de automonitorizare".

f) "D.S"- se va specifica una dintre sintagmele "adult" sau "copil" (> de 18 ani), după caz;

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, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) "% preț ref."

(i) se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50% sau 100% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1); procentul de compensare 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în Contractul-cadru; procentul de compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3), conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv

absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) sau integral contravaloarea medicamentelor, dacă prețul pe unitate terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) "Listă":

(i) pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A și B, se va nota "A", respectiv "B" la rubrica "Listă";

(ii) pentru prescripțiile care conțin și DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult/copil, în rubrica "Listă", în dreptul DCI-urilor aferente unei categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1 - G31). Completarea câmpului "cod diagnostic" este obligatorie;

(iii) pentru categoriile de asigurați de 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;

j) prescrierea DCI-urilor din sublista C, secțiunea C2, dacă pacientul este beneficiarul unuia dintre programele/subprogramele naționale de sănătate, se face cu indicarea programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: P3 - Programul național de oncologie, P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (P.9.7 - Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților transplantați) și a unor boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4) și epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5), sindromul Prader-Willi (P6.7), respectiv cu indicarea programului pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

l) "Semnătură medic" - se execută semnătura medicului care a emis prescripția medicală electronică numai în situația în care acesta nu are semnătură electronică extinsă

m) "LS unitate" - loc ștampilă furnizor de servicii medicale

n) - "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr.455/2001 și a HG nr.1259/2001"- se completează numai în situația în care medicul care a emis prescripția medicală electronică are semnătură electronică extinsă;

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

1. "Unitate farmaceutică" -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;

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, CID/CNP/CE/PASS) vor fi ale persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicit).

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

3. "Taxare"

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

b) „% Preț ref.” – se completează conform prevederilor de la Cap.2, pct.I, pct. 4, lit.h);

c) "Listă" - se completează conform prevederilor de la Cap.2, pct.I, pct. 4, lit.i);

d) "Cod diagnostic" – se completează codul diagnosticului/diagnosticelor așa cum au fost completate de medicul prescriptor în componenta prescriere

e) "Denumire comercială" - farmacistul va menționa în această rubrica și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicitul 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 on-line și off-line, 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 pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, la rubrica "Valoare compensare" se vor trece pentru fiecare medicament valoarea de compensare corespunzătoare aplicării cotei de 50% din prețul de referință, notându-se în paranteză "CNAS", și valoarea de compensare de 40% din prețul de referință, notându-se în paranteză "MS", pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru.

f) În rubrica "Total" din secțiunea "Taxare" se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3.

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 persoanei care eliberează medicamentele;

j) "Semnătura" - se execută semnătura persoanei care eliberează medicamentele numai în situația în care persoana respectivă nu are semnătură electronică extinsă;

k) „L.S. Farmacie” - loc ștampilă furnizor de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

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

m) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr.455/2001 și a HG nr.1259/2001" - se completează numai în situația în care persoana care eliberează medicamentele are semnătură electronică extinsă;

ANEXA 3

LISTA

abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și cele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente

Codul țării	Denumirea țării	Card european de asigurări de sănătate	Acord internațional
AF	Afganistan	NU	NU
ZA	Africa de Sud	NU	NU
AL	Albania	NU	DA
DZ	Algeria	NU	DA
AD	Andora	NU	NU
AO	Angola	NU	NU
AI	Anguilla	NU	NU
AG	Antigua și Barbuda	NU	NU
AN	Antilele Olandeze (Bonair)	NU	NU
AR	Argentina	NU	NU
AM	Armenia	NU	DA
AW	Aruba	NU	NU
SH	Asc., Sf. El., Tr. Dacunha	NU	NU
AU	Australia	NU	NU
AT	Austria	DA	NU
AZ	Azerbaidjan	NU	DA
BS	Bahamas	NU	NU
BH	Bahrain	NU	NU
BD	Bangladesh	NU	NU
BB	Barbade	NU	NU
BY	Belarus	NU	NU

BE	Belgia	DA	NU
BZ	Belize	NU	NU
BJ	Benin	NU	NU
BM	Bermude	NU	NU
BO	Bolivia	NU	NU
BA	Bosnia-Herțegovina	NU	DA
BW	Botswana	NU	NU
BR	Brazilia	NU	NU
BN	Brunei Darussalam	NU	NU
BG	Bulgaria	DA	NU
BF	Burkina Faso	NU	NU
BI	Burundi	NU	NU
BT	Butan	NU	NU
KH	Cambogia	NU	NU
CM	Camerun	NU	NU
CA	Canada	NU	NU
SP	Canary Islands	NU	NU
CV	Capul Verde	NU	NU
KZ	Cayman (Insule)	NU	NU
CZ	Cehia	DA	NU
CF	Republica Centraficană	NU	NU
CL	Chile	NU	NU
CN	China	NU	DA
TD	Ciad	NU	NU
CZ	Cipru	DA	NU
CI	Coasta de Fildeș	NU	NU
CO	Columbia	NU	NU
YT	Com. Terit. Mayotte	NU	NU
PM	Com. Ter. Sf. Pierre și Miqu	NU	NU
KM	Comore	NU	NU

CD	Congo	NU	NU
CG	Congo	NU	NU
KR	Coreea de Sud	NU	NU
CR	Costa Rica	NU	NU
HR	Croația	NU	DA
CU	Cuba	NU	DA
DK	Danemarca	DA	NU
DJ	Djibuti	NU	NU
DM	Dominica	NU	NU
DO	Republica Dominicană	NU	NU
EC	Ecuador	NU	NU
EG	Egipt	NU	DA
SV	El Salvador	NU	NU
CH	Elveția	NU	NU
AE	Emiratele Arabe Unite	NU	NU
ER	Eritreea	NU	NU
EE	Estonia	DA	NU
ET	Etiopia	NU	NU
FJ	Fidji	NU	NU
FI	Finlanda	DA	NU
FR	Franța	DA	NU
GA	Gabon	NU	NU
GM	Gambia	NU	NU
GE	Georgia	NU	NU
GS	Georgia de Sud și Ile	NU	NU
DE	Germania	DA	NU
GH	Ghana	NU	NU
GI	Gibraltar	NU	NU
GR	Grecia	DA	NU
GD	Grenada	NU	NU
GL	Groenlanda	NU	NU

GP	Guadelupa (inclusiv SF/BA)	NU	NU
GU	Guam	NU	NU
GT	Guatemala	NU	NU
GN	Guinee	NU	NU
GW	Guinea Bissau	NU	NU
GQ	Guinea Ecuatorială	NU	NU
GY	Guyana	NU	NU
GF	Guyana Franceză	NU	NU
HT	Haiti	NU	NU
HN	Honduras	NU	NU
HK	Hong Kong	NU	NU
IN	India	NU	DA
ID	Indonezia	NU	NU
CK	Insulele Cook	NU	NU
FK	Insulele Falkland (Malvine)	NU	NU
FO	Insulele Feroe	NU	NU
MP	Insulele Marian	NU	NU
SB	Insulele Solomon	NU	NU
VG	Insulele Virgine Britanic	NU	NU
VI	Insulele Virgine SUA	NU	NU
WF	Insulele Wallis și Futuna	NU	NU
JO	Iordania	NU	DA
IR	Iran	NU	NU
IQ	Iraq	NU	NU
IE	Irlanda	DA	NU
IS	Islanda	DA	NU
IL	<i>Israel, Autoritatea Palestiniană</i>	NU	NU
IT	Italia	DA	NU

JM	Jamaica	NU	NU
JP	Japonia	NU	NU
KZ	Kazahstan	NU	NU
KE	Kenia	NU	NU
KG	Kîrgîzîstan	NU	NU
KI	Kiribati	NU	NU
XZ	Kosovo	NU	NU
KW	Kuweit	NU	NU
LA	Lao	NU	NU
LS	Lesoto	NU	NU
LV	Letonia	DA	NU
LB	Liban	NU	DA
LR	Liberia	NU	NU
LY	Libia	NU	DA
LI	Liechtenstein	DA	NU
LT	Lituania	DA	NU
LU	Luxemburg	DA	NU
GB	Marea Britanie	DA	NU
MO	Macao	NU	NU
MK	Macedonia	NU	DA
MG	Madagascar	NU	NU
MY	Malaezia	NU	NU
MW	Malawi	NU	NU
MV	Maldiva	NU	NU
ML	Mali	NU	NU
MT	Malta	DA	NU
MA	Maroc	NU	DA
MH	Marshall (insule)	NU	NU
MQ	Martinica	NU	NU
MR	Mauritania	NU	NU

MU	Mauritius	NU	NU
MX	Mexic	NU	NU
FM	Micronezia (stat federal)	NU	NU
MD	Moldova	NU	DA
MC	Monaco	NU	NU
MN	Mongolia	NU	NU
MS	Monserat	NU	NU
MZ	Mozambic	NU	NU
MM	Myanmar	NU	NU
NA	Namibia	NU	NU
NR	Nauru	NU	NU
NP	Nepal	NU	NU
NI	Nicaragua	NU	NU
NE	Niger	NU	NU
NG	Nigeria	NU	NU
NU	Niue Island	NU	NU
NF	Norfolk (Insule)	NU	NU
NO	Norvegia	DA	NU
NC	Noua Caledonie	NU	NU
NZ	Noua Zeelandă, inclusiv D	NU	NU
NL	Olanda	DA	NU
OM	Oman	NU	NU
PK	Pakistan	NU	DA
PW	Palaos	NU	NU
PA	Panama	NU	NU
PG	Papua Noua Guinee	NU	NU
PY	Paraguay	NU	NU
PE	Peru	NU	DA
PH	Philippines	NU	NU

PN	Pitcairn, Henderson, Duci	NU	NU
PF	Polinezia Franceză (inclusiv)	NU	NU
PL	Polonia	DA	NU
PR	Porto Rico	NU	NU
PT	Portugalia	DA	NU
QA	Quatar	NU	NU
KP	Koreea de Nord	NU	DA
RE	Reu, Ile.Ba, Eu., Ju., Gl., Tr	NU	NU
RO	România	NU	NU
RU	Rusia (Fed)	NU	DA
RW	Rwanda	NU	NU
AS	Samoa (SUA)	NU	NU
WS	Samoa Occidentală	NU	NU
SM	San Marino	NU	NU
ST	Sao Tome și Principe	NU	NU
SA	Saudi Arabia	NU	NU
SN	Senegal	NU	NU
CS	Serbia și Muntenegru	NU	DA
SC	Seychelles	NU	NU
KN	Sf. Christophe		
	(Sf. Kitts)	NU	NU
LC	Sf. Lucia	NU	NU
VC	Sf. Vincent și Grenadine	NU	NU
SL	Sierra Leone	NU	NU
SG	Singapore	NU	NU
SY	Siria	NU	DA
SK	Slovacia	DA	NU
SI	Slovenia	DA	NU
SO	Somalia	NU	NU

ES	Spania	DA	NU
LK	Sri Lanka	NU	NU
US	Statele Unite ale Americii	NU	NU
SD	Sudan	NU	NU
SE	Suedia	DA	NU
SR	Surinam	NU	NU
SZ	Swaziland	NU	NU
TJ	Tadjikistan	NU	NU
TH	Thailanda	NU	NU
TW	Taiwan	NU	NU
TZ	Tanzania	NU	NU
IO	Tert. Brit. Sin. Oc. Ind.	NU	NU
TF	Teritoriile Australe Fr.	NU	NU
TP	Timor Oriental	NU	NU
TG	Togo	NU	NU
TK	Tokelau	NU	NU
TO	Tonga (inclusiv Niuafo"Ou	NU	NU
TT	Trinidad și Tobago	NU	NU
TN	Tunisia	NU	DA
TR	Turcia	NU	DA
TM	Turkmenistan	NU	NU
TC	Turques și Caiques	NU	NU
TV	Tuvalu	NU	NU
UG	Uganda	NU	NU
UA	Ukraina	NU	DA
HU	Ungaria	DA	NU
UY	Uruguay	NU	NU
UZ	Uzbekistan	NU	NU

VU	Vanuatu	NU	NU
VA	Vatican	NU	NU
VE	Venezuela	NU	NU
VN	Vietnam	NU	NU
YE	Yemen	NU	NU
ZM	Zambia	NU	NU
ZW	Zimbabwe	NU	NU
