

Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei

Norma metodologică de aplicare a Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare din 06.06.2006

În vigoare de la 17.08.2006

Forma consolidată astăzi, 12.09.2015 are la bază [publicarea din Monitorul Oficial, Partea I nr. 708 din 17.08.2006](#)

Include modificările aduse prin următoarele acte: Ordinul [nr. 213/2009](#).

CAPITOLUL I Dispoziții generale

Art. 1. -

Prezentele norme metodologice stabilesc modalitățile de reglementare a unor proceduri, metode și mijloace de aplicare unitară a prevederilor Legii [nr. 346/2002](#) privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2. -

În sensul prezentelor norme metodologice, următorii termeni se definesc astfel:

- a)** Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, denumită în continuare CNPAS, care are în subordine casele județene de pensii și Casa de Pensii a Municipiului București, denumite în continuare case teritoriale de pensii;
- b)** Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, denumit în continuare INEMRCM;
- c)** Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS;
- d)** medic curant - orice medic cu certificat de membru al Colegiului Medicilor din România avizat anual, ce își desfășoară activitatea în unități prestatoare de servicii medicale, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv cu casele teritoriale de pensii;
- e)** servicii medicale - totalitatea intervențiilor medicale necesare rezolvării unui caz, respectiv tratamentul medical corespunzător leziunilor și afecțiunilor cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, servicii și produse pentru reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă;
- f)** referat medical - formular care atestă diagnosticul clinic, istoricul bolii, starea prezentă de sănătate, tratamentele urmate și planul de recuperare;
- g)** program individual de recuperare - include, pe lângă tratamentul balnear, tratament de fizioterapie, precum și protezarea în ambulatoriu sau spital, după caz;
- h)** program de reabilitare medicală - totalitatea serviciilor medicale prescrise de medicul curant din unitățile prestatoare de servicii medicale;
- i)** reabilitare medicală - totalitatea serviciilor medicale definite în conformitate cu art. 23 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, și care se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, destinate în exclusivitate recuperării capacității de muncă și înlăturării deficiențelor cauzate de accidente de muncă și boli profesionale;
- j)** venitul brut realizat lunar - se definește în conformitate cu prevederile cap. A «Contribuția de asigurări sociale» secțiunea a II-a "Contribuția de asigurări sociale (capitolul III din lege)" pct. 19 din Ordinul ministrului muncii și solidarității sociale [nr. 340/2001](#) pentru aprobarea [Normelor](#) de aplicare a prevederilor Legii [nr. 19/2000](#) privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare, aplicat asiguraților prevăzuți de Legea [nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare;
- ~~**k)** salariile individuale brute realizate lunar, inclusiv sporurile și adaosurile, reglementate prin lege sau prin contractul colectiv de muncă;~~
 - ~~**(i)** salariile de bază brute corespunzătoare timpului efectiv lucrat în program normal și suplimentar (inclusiv indexări, compensații - numai cele incluse în salariul de bază conform legii - indemnizații de conducere, salarii de merit și alte drepturi care, potrivit actelor normative, fac parte din salariul de bază);~~
 - ~~**(ii)** sporurile, indemnizațiile și sumele acordate sub formă de procent din salariul de bază brut sau sume fixe, indiferent dacă au caracter permanent sau nu;~~
 - ~~**(iii)** sumele plătite din fondul de salarii pentru timpul nelucrat (concedii de odihnă, indiferent de perioada efectuării, concedii de studii, zile de sărbători, evenimente familiale deosebite, întreruperi ale lucrului din motive neimputabile salariaților);~~
 - ~~**(iv)** sumele acordate cu ocazia ieșirii la pensie, plătite din fondul de salarii;~~
 - ~~**(v)** premiile anuale și cele din cursul anului sub diferite forme, altele decât cele reprezentând participarea salariaților la profit;~~
 - ~~**(vi)** drepturile în natură acordate salariaților sub formă de remunerație, dacă acestea sunt suportate din fondul de salarii;~~
 - ~~**(vii)** sumele plătite din fondul de salarii conform legii sau contractelor colective de muncă (al 13-lea salariu, prime de vacanță, aprovizionare de iarnă, prime acordate cu ocazia sărbătorilor naționale sau religioase etc.);~~

(viii) alte adaosuri la salarii, aprobate prin lege sau stabilite prin contractele individuale ori colective de muncă, plătite din fondul de salarii;

l) unități sanitare cu personalitate juridică - spitale care au în structură clinici/secții de boli profesionale, cabinete de medicina muncii, precum și Sanatoriul de Boli Profesionale Avrig;

m) validare - verificarea, confirmarea de către CNAS a calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, a documentelor justificative, a legalității serviciilor medicale și a contravalorii totale sau parțiale a facturilor.

n) furnizorii de servicii medicale - unitățile sanitare care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și/sau cu casele teritoriale de pensii.

CAPITOLUL II Raporturile de asigurare și riscuri asigurate

SECȚIUNEA 1 Declarația pe propria răspundere

Art. 3. -

În vederea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, angajatorul are obligația de a comunica asiguratorului domeniul de activitate, conform Clasificării activităților din economia națională - [CAEN](#), numărul de angajați, totalitatea veniturilor brute realizate lunar, precum și orice alte informații solicitate în acest scop.

Art. 4. -

(1) Comunicarea datelor prevăzute la art. 3 se face pe baza declarației pe propria răspundere a angajatorului, prevăzută în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice.

(2) Declarația pe propria răspundere se depune la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia angajatorul își are sediul social.

(3) Angajatorii care dobândesc personalitate juridică vor depune declarația pe propria răspundere în termen de 30 de zile de la data înregistrării primului contract de muncă.

Art. 5. -

(1) Angajatorii au obligația de a anunța asiguratorul despre modificările datelor de identificare sau ale activității principale stabilite în funcție de numărul cel mai mare de salariați.

(2) Angajatorul are obligația de a depune o nouă declarație pe propria răspundere, în termen de cel mult 15 zile de când au survenit modificările menționate la alin. (1).

Art. 6. -

(1) Declarația pe propria răspundere se depune pe suport electronic, însoțită de cea pe suport hârtie.

(2) Declarația pe propria răspundere va purta semnăturile persoanelor autorizate, precum și ștampila angajatorului.

Art. 7. -

Nedepunerea la termen a declarației pe propria răspundere, precum și nerespectarea obligației de comunicare a modificărilor survenite în legătură cu datele prevăzute de aceasta constituie contravenții și se pedepsesc în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

SECȚIUNEA a 2-a Contractul individual de asigurare

Art. 8. -

(1) Persoanele prevăzute la art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se pot asigura pentru accidente de muncă și boli profesionale, pe bază de contract individual de asigurare.

(2) Modelul contractului individual de asigurare este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice.

(3) Contractul individual de asigurare se încheie în formă scrisă și produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

(4) Contractul individual de asigurare constituie titlu de creanță și devine titlu executoriu la data la care creanța bugetară este scadentă conform legii.

Art. 9. -

(1) Modificarea venitului asigurat înscris în contractul individual de asigurare se poate realiza prin încheierea unui act adițional la contractul individual de asigurare existent, în termen de 15 zile de la data când a survenit.

(2) Actul adițional încheiat la contractul individual de asigurare produce efecte numai pentru viitor, de la data înregistrării acestuia la casa teritorială de pensii.

Art. 10. -

Nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 constituie contravenție și se sancționează în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 11. -

În termen de 10 zile de la modificarea cadrului legal privind contractul individual de asigurare, casele teritoriale de pensii au obligația să comunice în scris asiguraților natura și data de la care survin modificările.

Art. 12. -

- (1) Contractul individual de asigurare se poate rezilia oricând pe durata derulării acestuia, la inițiativa asiguratului.
- (2) Contribuția pentru accidente de muncă și boli profesionale neachitată, precum și dobânzile și penalitățile aferente se urmăresc conform legislației privind creanțele bugetare.

CAPITOLUL III Prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Art. 13. -

Persoana asigurată care a suferit un accident de muncă/o boală profesională are dreptul la prestațiile prevăzute de Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 14. -

- (1) Asiguratul are dreptul la tratament medical corespunzător leziunilor și afecțiunilor cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, servicii și produse pentru reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă, denumite în continuare servicii medicale.
- (2) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) sunt acordate de furnizorii de servicii medicale definiți conform art. 2 lit. n).
- (3) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate de furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru cazurile de accidente de muncă și boli profesionale, se decontează conform prevederilor prezentelor norme metodologice.
- (4) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate pentru cazurile de boli profesionale de unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală cu casele teritoriale de pensii, se decontează conform Procedurii de contractare și plată a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, stabilită potrivit anexelor nr. 3-6, cuprinzând definițiile formulelor de calcul utilizate. Modelul de contract se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS.
- (5) Dispozitivele medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, vor fi asigurate de INEMRCM, prin personal propriu sau prin terți.
- (6) Dispozitivele medicale prevăzute la alin. (5) sunt cele stabilite în lista dispozitivelor medicale din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- (7) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și prin lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică și care sunt destinate asigurării reabilitării medicale și recuperării capacității de muncă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.
- (8) Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente pentru cazurile de boli profesionale și accidente de muncă sunt prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
- (9) În cazul unui accident de muncă sau al unei boli profesionale ce afectează lucrătorii români care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene sau al unui stat cu care România are încheiat un acord bilateral, serviciile medicale vor fi acordate de statul respectiv.
- (10) Cheltuielile generate de serviciile medicale respective vor fi suportate de instituția competentă din statul unde este asigurat lucrătorul. Acestea vor fi suportate la nivelul prevăzut în statul în care se acordă aceste servicii.

SECȚIUNEA 1 Reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă

Art. 15. -

- (1) Acordarea serviciilor medicale prevăzute la art. 23 alin. (2) și la art. 116 alin. (2) lit. i) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 și pentru care se continuă reabilitarea medicală se va efectua cu respectarea dispozițiilor prezentelor norme metodologice.
- (2) Pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de intrare în vigoare a Legii protecției muncii nr. 90/1996, solicitantul trebuie să depună o adeverință de confirmare a înregistrării în Registrul de boli profesionale, emisă de direcțiile de sănătate publică.
- (3) Pentru solicitările la care nu există fișe BP2 sau adeverința de confirmare emisă de direcția de sănătate publică, casele teritoriale de pensii nu efectuează decontări.
- (4) Pentru situațiile în care fișele de declarare a cazului de boală profesională BP2 nu se mai regăsesc, direcția de sănătate publică emite la solicitare, în conformitate cu prevederile legale, în baza înregistrărilor pe care le deține, un duplicat al fișei BP2, ștampilat și semnat pentru conformitate.

Art. 16. -

- (1) Reabilitarea medicală prevăzută pentru asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale presupune acordarea unor servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(2) Furnizorii de servicii medicale vor depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale factura însoțită de desfășurătoarele activităților realizate pentru fiecare persoană asigurată, în vederea decontării acestora, potrivit legii.

(3) Pentru serviciile medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, unitățile sanitare respective vor emite, în vederea decontării, câte o factură și desfășurătorul activităților realizate, pentru fiecare caz tratat în parte și distinct pentru prestațiile medicale acordate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii.

(4) Serviciile medicale pentru tratamentul medical ambulatoriu prescris de medicul curant, precum și analizele medicale și medicamentele se vor tarifa în conformitate cu prevederile legale în vigoare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(5) Tarifele medicale aferente serviciilor medicale pentru reabilitarea medicală sunt cele stabilite în conformitate cu prevederile legislației în vigoare privind asigurările sociale de sănătate.

(6) Decontarea serviciilor medicale acordate asiguraților se va face numai pentru acele servicii generate de caracterul de muncă al accidentului sau de caracterul de profesionalitate al bolii și numai după confirmarea acestora, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 135 alin. (5) și (6) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(7) Contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților cu boală profesională confirmată după data de 1 ianuarie 2005, în unitățile sanitare cu personalitate juridică, se suportă de casele teritoriale de pensii cu care au contract de furnizare de servicii medicale, urmând a se efectua decontarea cu casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social angajatorul care a înregistrat boala profesională.

(8) Decontarea serviciilor medicale acordate lucrătorilor români asigurați conform prevederilor legislației române în vigoare, care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene sau al unui stat cu care România are încheiat acord bilateral, se va realiza în conformitate cu facturile și documentele justificative emise de instituția competentă din statul respectiv și formularele comunitare aferente.

Art. 17. -

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligația ca, în termen de 5 zile lucrătoare de la acordarea serviciilor medicale, să transmită caselor teritoriale de pensii un referat medical privind starea de sănătate a bolnavului și indicațiile de tratament ulterioare pentru alte unități medicale, după caz.

(2) Medicul curant este obligat să completeze referatul medical prevăzut la alin. (1) și este răspunzător de veridicitatea și exactitatea informațiilor cuprinse în acesta.

(3) Modelul referatului medical este prevăzut în anexa nr. 7 la prezentele norme metodologice.

Art. 18. -

(1) Casele teritoriale de pensii vor efectua decontarea serviciilor medicale prevăzute la art. 14 alin. (1)-(4) pentru fiecare persoană asigurată, în funcție de:

a) confirmarea caracterului de muncă al accidentului și a caracterului de profesionalitate al bolii prin proces-verbal de cercetare, formularul pentru înregistrarea accidentului de muncă (FIAM) sau fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 ori adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică, elaborate conform prevederilor Ordinului ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 3/2007 privind aprobarea Formularului pentru înregistrarea accidentului de muncă - FIAM, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 70 din 30 ianuarie 2007, și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 882 din 30 octombrie 2006;

b) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, pentru asigurații care au beneficiat de servicii medicale ca urmare a accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale;

c) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică, pentru persoanele internate pentru care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, situație în care contravaloarea serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii se suportă din sumele prevăzute cu această destinație în bugetul asigurărilor sociale de stat.

(2) Casa teritorială de pensii sau, după caz, compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM are dreptul de verificare a documentelor justificative, de monitorizare pe timpul tratamentului și de refuz de plată în condițiile în care serviciile medicale contravin prevederilor legale în vigoare.

(3) În vederea decontării cheltuielilor pentru serviciile medicale, CNAS, prin casele de asigurări de sănătate, va depune facturile și desfășurătoarele aferente serviciilor realizate de către furnizorii de servicii medicale, stabilite la alin. (1) lit. b), la casa teritorială de pensii din județul respectiv.

(4) La sfârșitul fiecărei luni, casele teritoriale de pensii comunică caselor de asigurări de sănătate numele și codul numeric personal ale asiguraților care au primit confirmare de accident de muncă sau boală profesională, precum și codul bolii conform clasificării internaționale a bolilor, în cazul bolilor profesionale.

- (5) Termenul de depunere a documentelor de plată este data de 25 a lunii următoare celei în care casa de asigurări de sănătate a primit confirmarea caracterului de muncă al accidentului sau a caracterului de profesionalitate al bolii.
- (6) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (5) se va face în termen de 15 zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casa teritorială de pensii, în condițiile îndeplinirii criteriilor prevăzute la alin. (1).
- (7) Decontarea între casele teritoriale de pensii și unitățile sanitare cu personalitate juridică se face în condițiile prevăzute la alin. (1).
- (8) Pentru situațiile în care unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, emit facturi pentru tratarea bolilor al căror caracter profesional nu se confirmă, costurile aferente vor fi suportate de casele teritoriale de pensii ulterior validării documentelor de către casele de asigurări de sănătate din aceeași rază administrativ-teritorială, urmând ca, în termen de 30 de zile de la înaintarea facturilor aferente desfășurătoarelor activităților realizate, casele de asigurări de sănătate să deconteze contravaloarea serviciilor medicale efectuate, mai puțin contravaloarea serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii.
- (9) Casele teritoriale de pensii vor înainta spre validare caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile de la data primirii documentelor justificative, lista cuprinzând CNP-urile pacienților internați în clinicile/secțiile de boli profesionale, reprezentând cazuri la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, precum și documentele justificative aferente.
- (10) Validarea se va realiza în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor de către casele de asigurări de sănătate.
- (11) În termen de 5 zile de la data validării, casele de asigurări de sănătate comunică caselor teritoriale de pensii CNP-urile pacienților, precum și documentele justificative validate.
- (12) În vederea decontării serviciilor medicale prevăzute la alin. (8), casele teritoriale de pensii transmit lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care urmează să se facă decontarea serviciilor medicale, către casele de asigurări de sănătate documentele justificative, respectiv factura și desfășurătoarele serviciilor medicale realizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică.
- (13) În baza documentelor validate de casele de asigurări de sănătate, casele teritoriale de pensii decontează către furnizorii de servicii medicale contravaloarea prevăzută în aceste documente.
- (14) Desfășurătoarele activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, menționate la alin. (1) lit. b), sunt desfășurătoarele reglementate de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, stabilite prin ordin al președintelui CNAS.

Art. 18¹. -

- (1) Tratatamentul prescris de medicul de medicina muncii se comunică medicului de familie prin scrisoare medicală.
- (2) Medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, prescripțiile medicale fiind completate în conformitate cu reglementările cuprinse în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 849/297/2003 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, precum și cele cu timbru sec 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, precum și cele cu timbru sec.
- (3) Pe baza centralizatoarelor cu evidențe distincte întocmite de furnizorii de medicamente aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru prescripțiile ce cuprind medicamentele prescrise de medicii de familie la recomandarea medicilor de medicina muncii, casa de asigurări de sănătate transmite casei teritoriale de pensii, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, solicitarea de decontare, care se va realiza în termen de 30 de zile.

Art. 18². -

- (1) Unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, vor emite, în vederea decontării, câte o factură care să conțină distinct serviciile medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, precum și desfășurătorul activităților realizate, pentru fiecare caz în parte, precum și o factură cu celelalte servicii medicale acordate.
- (2) Contravaloarea cumulată a facturilor aferente serviciilor medicale prestate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, precum și serviciilor medicale acordate pentru rezolvarea fiecărui caz în parte nu trebuie să depășească tariful mediu pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești, tarif negociat între casele teritoriale de pensii și secțiile/clinicile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, conform prevederilor cuprinse în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului sănătății publice nr. 450/825/2006.
- (3) Lista serviciilor medicale prestate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii, a tarifelor aferente acestora, precum și procedura privind investigarea și diagnosticarea bolilor profesionale se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei și protecției sociale.

(4) Serviciile prevăzute la art. 135 alin. (13) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, vor face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare a serviciilor medicale în secții/clinici de boli profesionale și cabinete de medicina muncii, încheiat între unitățile sanitare cu personalitate juridică și casele teritoriale de pensii.

(5) Pentru cazurile infirmate, decontarea serviciilor medicale se realizează cu respectarea procedurii stabilite la art. 18 alin. (8)-(14), avându-se în vedere că prestațiile medicale acordate în scopul investigării și stabilirii caracterului profesional al bolii se suportă din sumele prevăzute cu această destinație din bugetul asigurărilor sociale de stat.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (5) și care nu au fost validate de casa de asigurări de sănătate, casa teritorială de pensii refuză plata.

(7) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (1) se face în termen de 25 de zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casele teritoriale de pensii.

Art. 19. -

(1) Convaloarea serviciilor medicale corespunzătoare cazurilor de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 sau convaloarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale ori fizice pentru cazurile de accidente de muncă sau boli profesionale, confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005, acordate conform prezentelor norme metodologice, se suportă din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

~~(2) Modalitatea de decontare a cheltuielilor prevăzute la alin. (1) se va stabili prin ordin al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei.~~

Art. 20. -

(1) Tratamentele de recuperare prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. d) și curele balneoclimaterice prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. f), precum și la alin. (2) lit. c) și e) din Legea [nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, trebuie analizate și avizate de către medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii.

(2) Curele balneoclimaterice prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. f) și alin. (2) lit. e) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, includ biletele pentru tratamentul balnear care se acordă pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă.

(3) Medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii stabilește programul individual de recuperare medicală a victimelor accidentelor de muncă și bolilor profesionale în vederea acordării biletelor pentru tratament balnear.

(4) În caz de accident de muncă și boli profesionale, biletele pentru tratament balnear se eliberează în conformitate cu criteriile în baza cărora se acordă biletele pentru tratamentul balnear, stabilite prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 21. -

Chirurgia reparatorie este destinată numai cazurilor care presupun refacerea capacității de muncă, a cărei pierdere a rezultat ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale confirmate.

Art. 22. -

(1) Asiguratul beneficiază, în baza unei cereri, de dispozitive medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice pentru cazurile de accidente de muncă ori boli profesionale, potrivit prevederilor art. 24 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Cererea se adresează casei teritoriale de pensii pe raza căreia asiguratul își are domiciliul și va fi însoțită de recomandarea medicului curant.

(3) Modelul cererii pentru acordarea de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(4) După primirea cererii și a recomandării medicului curant, fiecărui asigurat i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă documentele menționate, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

(5) În cazul în care unui asigurat îi încetează contractul individual de muncă, respectiv contractul individual de asigurare, i se acordă dreptul la prestații și servicii medicale doar dacă face dovada cu documente, potrivit legii, că este victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale cauzate de factori de risc specifici locului/locurilor de muncă în care a fost angajat/pe perioada asigurată.

Art. 23. -

Nivelul de decontare a dispozitivelor prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din [Regulamentul](#) de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin Hotărârea Guvernului [nr. 1.229/2005](#).

Art. 24. -

(1) Cererile prevăzute la art. 22 alin. (2) se analizează și se soluționează de către casa teritorială de pensii.

(2) Prin decizie motivată cererea se poate admite, total sau parțial, ori se poate respinge.

(3) Termenul de soluționare a cererilor este de 30 de zile de la data înregistrării.

Art. 25. -

Casa teritorială de pensii va comunica asiguratului modalitatea prin care poate intra în posesia acestor prestații, conform anexei nr. 9 la prezentele norme metodologice.

Art. 26. -

(1) Pentru acordarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, în cazurile prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 alin. (2) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, solicitantii vor depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își au domiciliul o cerere, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(2) Solicitantul va atașa la cerere următoarele acte:

a) FIAM sau, pentru cazurile când acesta nu există, procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului sau adeverință de confirmare a înregistrării accidentului de muncă la inspectoratul teritorial de muncă;

b) fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 sau adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică;

c) recomandarea medicului curant.

(3) Pentru accidentele de muncă sau bolile profesionale petrecute anterior aplicării Legii nr. 5/1965 cu privire la protecția muncii, cu modificările ulterioare, constituie dovadă a accidentului de muncă sau a bolii profesionale orice act oficial emis de către o autoritate competentă.

(4) Acordarea prestațiilor prevăzute la alin. (1) se va efectua cu respectarea prevederilor art. 23, 24 și 25.

Art. 27. -

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligația de a informa, de îndată, casa teritorială de pensii, în cazul în care asiguratul nu respectă programul individual de recuperare stabilit.

(2) Personalul cu atribuții din cadrul casei teritoriale de pensii verifică și constată respectarea de către asigurat a programului individual de recuperare.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de recuperare stabilit, personalul cu atribuții al casei teritoriale de pensii propune suspendarea serviciilor pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă a asiguratului, în conformitate cu prevederile art. 26 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(4) În cazul în care asiguratul nu urmează sau nu respectă programul individual de recuperare din motive care îi sunt imputabile, casa teritorială de pensii este exonerată de orice răspundere în ceea ce privește deteriorarea stării de sănătate a acestuia.

(5) Reluarea programului individual de recuperare medicală care a fost suspendat din cauze imputabile asiguratului se poate executa la solicitarea scrisă a acestuia, dar cu condiția suportării de către acesta a tuturor costurilor suplimentare generate de întreruperea programului.

(6) Reluarea programului individual de recuperare medicală va fi aprobată de casa teritorială de pensii, la solicitarea motivată a asiguratului.

SECȚIUNEA a 2-a Reabilitare și reconversie profesională

Art. 28. -

Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, care, deși nu și-a pierdut complet capacitatea de muncă, nu mai poate desfășura activitatea pentru care s-a calificat, beneficiază, la cerere, de cursuri de recalificare sau reconversie profesională.

Art. 29. -

(1) Pentru crearea condițiilor necesare efectuării cursurilor prevăzute la art. 29 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, casele teritoriale de pensii au obligația ca anual să încheie contracte cu furnizorii de formare profesională autorizați, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă, autorizați conform reglementărilor în vigoare.

(2) Contractele dintre casele teritoriale de pensii și furnizorii de formare profesională, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă se vor efectua cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(3) Modelul contractelor prevăzute la alin. (1) va fi stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 30. -

(1) În vederea aprobării participării la cursurile de recalificare sau reconversie profesională, asiguratul trebuie să depună o cerere la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia își are domiciliul.

(2) Modelul cererii de participare la cursul de recalificare sau reconversie profesională este prevăzut în anexa nr. 10 la prezentele norme metodologice.

Art. 31. -

După primirea cererii, asiguratului i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă cerere, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

Art. 32. -

(1) În termen de 15 zile de la primirea cererii, asiguratului i se vor comunica instituția și data la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

(2) Comunicarea locului și datei la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale se va face prin invitație scrisă, conform anexei nr. 11 la prezentele norme metodologice.

Art. 33. -

(1) După aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă autorizați au obligația să transmită casei teritoriale de pensii concluziile examinării, împreună cu propunerile legate de activitățile pe care asiguratul le mai poate efectua.

(2) Comunicarea concluziilor se va face în termen de 5 zile de la data efectuării examinării, sub forma unui referat.

Art. 34. -

(1) În termen de 15 zile de la primirea concluziilor, pe baza dosarului și a concluziilor aprecierii stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea, prin decizie motivată.

(2) Decizia va cuprinde propuneri privind unul sau mai multe cursuri de reconversie profesională, furnizorul acestora, programul de instruire, precum și modalitatea de absolvire.

Art. 35. -

(1) Decizia se comunică asiguratului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(2) Asiguratul poate accepta sau refuza propunerea casei teritoriale de pensii, în termen de 15 zile de la primirea acesteia.

Art. 36. -

În cazul în care asiguratul acceptă propunerile casei teritoriale de pensii, acestuia i se vor comunica furnizorul de formare profesională, locul și data începerii cursului, în termen de 5 zile de la stabilirea acestora, prin invitație scrisă, conform anexei nr. 12 la prezentele norme metodologice.

Art. 37. -

Dacă asiguratul refuză cursurile propuse de casa teritorială de pensii, acesta își pierde dreptul la prestații privind reabilitarea și reconversia profesională.

Art. 38. -

(1) Asiguratul are obligația de a respecta programul de instruire stabilit de organizatorul acestuia.

(2) Nerespectarea programului de instruire de către asigurat atrage întreruperea efectuării acestuia, precum și suspendarea dreptului la indemnizație.

Art. 39. -

Asiguratul are dreptul la o singură examinare finală gratuită a cursului de reabilitare sau reconversie profesională.

Art. 40. -

Furnizorii de formare profesională au obligația de a anunța orice încălcare de către asigurat a programului de instruire profesională.

Art. 41. -

Pe durata cursurilor, asiguraților li se acordă o indemnizație în conformitate cu prevederile secțiunii a 3-a din prezentul capitol.

SECȚIUNEA a 3-a Indemnizațiile prevăzute de Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare

Art. 42. -

În sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se acordă următoarele tipuri de indemnizații:

- a) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă;
- b) indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
- c) indemnizație pentru reducerea timpului de muncă;
- d) indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională.

Art. 43. -

(1) Indemnizațiile se calculează și se plătesc de către angajatori și se deduc din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică și asiguraților pentru care a intervenit suspendarea de drept a raporturilor de muncă ori de serviciu, ca urmare a incapacității temporare de muncă datorate unui accident de muncă sau unei boli profesionale.

(3) Casele teritoriale de pensii preiau în plată indemnizațiile prevăzute la art. 42, după caz:

- a) pentru persoanele al căror angajator și-a încetat activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, pentru persoanele asigurate prin contract individual de asigurare, precum și pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj pe toată durata efectuării practicii profesionale în cadrul cursurilor organizate potrivit legii;

b) pentru situațiile în care a expirat termenul pentru care a fost încheiat contractul individual de muncă, a expirat termenul pentru care a fost exercitată funcția publică ori a expirat mandatul în baza căruia s-a desfășurat activitatea în funcții electivă ori în funcții numite în cadrul autorității judecătorești, inclusiv în cazul șomerilor aflați în incapacitate temporară de muncă ca urmare a unei boli profesionale.

(4) Pentru situațiile în care angajatorul își încetează activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, acesta are obligația de a transmite către casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social toate actele doveditoare din care să reiasă această stare de fapt.

Art. 44. -

(1) Indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se plătesc pe baza cererii-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, și a celorlalte acte prevăzute de reglementările legale în vigoare, exclusiv indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă, pentru a cărei acordare nu este necesară completarea cererii-tip.

(2) În vederea obținerii drepturilor privind indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, asigurații conform art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, vor completa cererea-tip prevăzută la alin. (1) pentru toate situațiile, fără excepție.

(3) În afara cererii-tip prevăzute la alin. (1), pentru obținerea indemnizațiilor mai sunt necesare următoarele documente:

a) certificatul de concediu medical;

b) procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă;

c) FIAM sau procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului, respectiv fișa BP2, după caz.

(4) Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (3), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune certificatul de concediu medical, copie de pe carnetul de șomer vizat la zi, după caz, și o cerere-tip conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice.

~~**(5)** Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (4), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune o cerere-tip, conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, însoțită de certificatul de concediu medical și de copia contractului individual de muncă.~~

(6) Cererea prevăzută la alin. (4), pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (3), se va depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul social angajatorul sau la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul.

Art. 45. -

Cererea-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale se depune la casele teritoriale de pensii:

a) de către angajatori sau instituția care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, după caz, odată cu Declarația privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat;

b) de către celelalte categorii de asigurați, la data solicitării prestației.

Art. 46. -

Cererea prevăzută la art. 45 se aprobă sau se respinge prin decizie motivată a directorului executiv al casei teritoriale de pensii, în termen de cel mult 30 de zile de la înregistrarea acesteia. Decizia se comunică atât asiguratului, cât și angajatorului sau instituției care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, după caz.

Art. 47. -

(1) Sumele reprezentând indemnizații care se plătesc de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice se rețin de către acesta din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, datorată pentru luna respectivă.

(2) Indemnizațiile se plătesc pentru numărul de zile lucrătoare din duratele exprimate în zile calendaristice ale concediilor medicale sau pentru numărul de zile lucrătoare din perioada în care persoana asigurată urmează cursuri de reconversie profesională, beneficiază de reducerea timpului normal de muncă sau de trecerea temporară în alt loc de muncă.

(3) Sumele reprezentând indemnizații plătite de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice, care depășesc cuantumul contribuției datorate de acesta în luna respectivă, se recuperează din fondul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale de la casa teritorială de pensii pe raza căreia se află sediul sau domiciliul acestuia.

(4) Indemnizațiile pe care angajatorii le achită fără îndeplinirea condițiilor legale și pe care aceștia le decontează cu sistemul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale reprezintă sume încasate necuvenit, care constituie debite ce urmează să fie recuperate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

Art. 48. -

În cazul asiguraților care se regăsesc în două sau mai multe dintre situațiile prevăzute la art. 5, 6 și 7 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, și care desfășoară activitate la mai mulți angajatori, indemnizațiile prevăzute la art. 42 se plătesc o singură dată de către angajatorul la care a avut loc accidentul de muncă sau la care s-a declarat boala profesională.

Art. 49. -

- (1) Indemnizațiile se achită beneficiarului, reprezentantului legal sau mandatarului desemnat prin procură de către acesta.
- (2) Indemnizațiile pot fi solicitate, pe baza actelor justificative, în termenul de prescripție de 3 ani, calculat de la data la care beneficiarul era în drept să le solicite.
- (3) Cuantumul indemnizațiilor solicitate potrivit alin. (2) se achită la nivelul convenit în perioada prevăzută în certificatul medical.

Art. 50. -

Plata indemnizațiilor încetează începând cu ziua următoare celei în care:

- a) beneficiarul a decedat;
- b) beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile legale pentru acordarea indemnizațiilor;
- c) beneficiarul și-a stabilit domiciliul pe teritoriul unui stat care nu este membru al Uniunii Europene sau cu care România nu are încheiat acord bilateral privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale.
- d) beneficiarul și-a stabilit domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România a încheiat convenție de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, dacă în cadrul acesteia se prevede că indemnizațiile se plătesc de către celălalt stat.

SECȚIUNEA a 4-a Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă

Art. 51. -

Asigurații beneficiază de o indemnizație pe perioada în care se află în incapacitate temporară de muncă datorită unui accident de muncă sau datorită unei boli profesionale, indiferent de momentul producerii acestuia/acesteia.

Art. 52. -

- (1) Cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă 80% din baza de calcul.
- (2) În cazul urgențelor medico-chirurgicale, cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este de 100% din baza de calcul.
- (3) Baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă:
 - a) media veniturilor brute realizate lunar de către salariat în ultimele 6 luni, anterioare manifestării riscului; în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, baza de calcul a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă o constituie media veniturilor brute realizate lunar pe baza cărora s-a achitat contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
 - b) în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă o constituie venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția;
 - c) veniturile stipulate de către asigurații individuali în contractele pe baza cărora s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;
 - d) drepturile acordate în perioada respectivă pentru șomerii care urmează cursuri de recalificare sau de reconversie profesională.
- (4) În cazul în care o persoană a beneficiat de drepturi de asigurări sociale (indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de boli obișnuite sau de accidente în afara muncii, de boli profesionale și accidente de muncă; prestație pentru prevenirea îmbolnăvirilor și recuperarea capacității de muncă; indemnizație pentru maternitate; indemnizație pentru creșterea copilului sau îngrijirea copilului bolnav), baza de calcul o constituie media veniturilor salariale lunare brute la care s-a achitat contribuția, respectiv media veniturilor stipulate în contractul individual de asigurare, pe baza căruia s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, obținute după reluarea raporturilor de muncă sau de serviciu.

Art. 53. -

- (1) Pentru plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, aferente concediilor medicale acordate cu întrerupere între ele, acestea se iau în considerare separat, durata lor nu se cumulează, iar plata se suportă conform art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.
- (2) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru afecțiuni diferite, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se calculează și se plătește separat, iar plata se suportă conform art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.
- (3) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru aceeași afecțiune, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se calculează conform prevederilor art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 54. -

Indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă se acordă pe o durată de cel mult 180 de zile în interval de un an, socotite de la prima zi de îmbolnăvire. Începând cu a 91-a zi, concediul medical se poate prelungi până la 180 de zile, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

Art. 55. -

(1) Medicul curant poate propune, în situații temeinic justificate, prelungirea concediului pentru incapacitate temporară de muncă, peste 180 de zile, în scopul evitării pensionării de invaliditate și menținerii asiguratului în activitate.

(2) Medicul expert al asigurărilor sociale decide, după caz, prelungirea concediului medical pentru continuarea programului de recuperare, trecerea temporară în alt loc de muncă, reducerea timpului de muncă, reluarea activității în aceeași profesie sau într-o altă profesie ori pensionarea de invaliditate.

(3) Prelungirea concediului medical, peste 180 de zile, se face pentru cel mult 90 de zile, conform procedurilor stabilite de CNPAS, în raport cu evoluția cazului și cu rezultatele acțiunilor de recuperare.

SECȚIUNEA a 5-a Indemnizația pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și indemnizația pentru reducerea timpului de muncă

Art. 56. -

Asiguratul care, datorită unei boli profesionale sau datorită unui accident de muncă, nu își mai poate desfășura activitatea la locul de muncă anterior manifestării riscului asigurat sau care nu mai poate realiza durata normală de muncă poate beneficia, la cerere, de trecerea temporară în alt loc de muncă ori de o reducere cu o pătrime a timpului normal de lucru.

Art. 57. -

(1) Asiguratul își poate relua activitatea la vechiul loc de muncă sau poate realiza programul normal de lucru, înainte de expirarea perioadei maxime de reducere a programului de lucru, prevăzută de legislația în vigoare, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

(2) Angajatorul va înștiința casa teritorială de pensii, în termen de cel mult 5 zile, despre modificarea intervenită în situația asiguratului.

Art. 58. -

(1) Cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor brute realizate lunar din ultimele 6 luni și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

(2) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor brute realizate lunar pe baza cărora s-a achitat contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

(3) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, cuantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre venitul lunar brut din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale și venitul brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

Art. 59. -

Indemnizațiile pentru trecerea temporară în alt loc de muncă, precum și pentru reducerea timpului de muncă se acordă pentru o perioadă de cel mult 90 de zile într-un an calendaristic, în una sau mai multe etape.

SECȚIUNEA a 6-a Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională

Art. 60. -

(1) Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale beneficiază, la cerere, în condițiile legii, de o indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau de reconversie profesională.

(2) Indemnizația se acordă numai dacă asiguratul respectă integral programul de instruire pe toată durata cursurilor.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de instruire din motive ce îi sunt imputabile, organizatorul cursurilor de recalificare sau reconversie profesională înștiințează de îndată casa teritorială de pensii care sistează plata indemnizației.

(4) Prevederile alin. (3) nu se aplică în cazurile de forță majoră. Forța majoră se dovedește cu acte.

(5) Constatarea cazurilor de forță majoră prevăzute la alin. (4) se efectuează de către personalul împuternicit al casei teritoriale de pensii.

Art. 61. -

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare ori reconversie profesională se acordă lunar și reprezintă 70% din suma veniturilor brute realizate, avută la data survenirii accidentului de muncă sau a bolii profesionale.

Art. 62. -

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională se acordă doar dacă persoana asigurată nu beneficiază în paralel de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă ori de pensie de invaliditate de gradul III, acordată potrivit reglementărilor în vigoare.

SECȚIUNEA a 7-a Compensațiile pentru atingerea integrității

Art. 63. -

Au dreptul la o compensație pentru atingerea integrității asigurații care în urma accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale rămân cu leziuni permanente care produc deficiențe și reduc capacitatea de muncă între 20-50%, exclusiv cazurile cărora li se recunoaște, prin decizie, invaliditatea.

Art. 64. -

Compensațiile pentru atingerea integrității se acordă doar dacă accidentul de muncă a antrenat o incapacitate temporară de muncă mai mare de 3 zile, conform definiției accidentului de muncă.

Art. 65. -

Salariul mediu brut care va fi utilizat la acordarea compensației pentru atingerea integrității va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care s-a produs accidentul de muncă sau pentru luna în care s-a declarat boala profesională, după caz.

Art. 66. -

(1) În vederea obținerii compensației pentru atingerea integrității, persoana asigurată depune în termenul legal o cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, conform anexei nr. 13 la prezentele norme metodologice.

(2) Compensația pentru atingerea integrității se acordă de casa teritorială de pensii care a înregistrat cererea, urmând ca decontarea să se facă cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională, după caz, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa «CONFORM CU ORIGINALUL».

Art. 67. -

(1) În termen de 15 zile de la depunerea cererii, medicul expert al asiguratorului stabilește prin decizie procentul de pierdere a capacității de muncă, în funcție de care casa teritorială de pensii stabilește cuantumul compensației pentru atingerea integrității.

(2) Compensația pentru atingerea integrității se acordă o singură dată în baza deciziei medicului expert al asiguratorului care efectuează o singură expertiză medicală pentru asigurații care au fost înregistrați cu un FIAM/BP2, după caz.

(3) În cazul asiguraților care, în momentul expertizării au mai multe boli profesionale, medicul expert emite o singură decizie, iar compensația pentru atingerea integrității se acordă o singură dată.

Art. 68. -

(1) Grila privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității este prevăzută în anexa nr. 14 la prezentele norme metodologice.

(2) Grilele cuprinzând procentajele privind reducerea capacității de muncă se stabilesc prin decizie a președintelui CNPAS.

SECȚIUNEA a 8-a Despăgubirile în caz de deces

Art. 69. -

În cazul decesului asiguratului ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, despăgubirea în caz de deces se acordă, la cerere, unei singure persoane fizice/juridice, care face dovada că a suportat cheltuielile ocazionate de deces.

Art. 70. -

Despăgubirea în caz de deces se acordă pe baza următoarelor acte: cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, certificat de deces - original și copie, certificatul medical constatator al decesului în caz de boală profesională, actul de identitate al solicitantului, actul de stare civilă al solicitantului, care să ateste calitatea acestuia, și documente justificative din care să rezulte că au fost suportate cheltuielile ocazionate de deces, după caz.

Art. 71. -

(1) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea prin decizie motivată.

(2) Termenul de soluționare a cererii este de 20 de zile de la data depunerii acesteia la casa teritorială de pensii.

(3) Plata despăgubirii se efectuează prin casieria casei teritoriale de pensii.

(4) Decizia se comunică petentului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(5) Cuantumul despăgubirii în caz de deces este de 4 salarii medii brute pe economie.

(6) Salariul mediu care va fi utilizat la plata despăgubirii în caz de deces va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care a survenit decesul asiguratului sau, după caz, ultimul salariu mediu brut pe economie cunoscut la data solicitării.

Art. 72. -

După efectuarea plății despăgubirii în caz de deces, asigurătorul are obligația de a înscrie pe versoul certificatului de deces original mențiunea "ACHITAT DESPĂGUBIRE ÎN CAZ DE DECES CONFORM LEGII Nr. 346/2002", data, semnătura și ștampila.

Art. 72¹. -

(1) Casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul va acorda despăgubirea, urmând să efectueze decontarea acesteia cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională, după caz.

(2) Pentru efectuarea decontării, casa teritorială de pensie care a efectuat plata va transmite casei teritoriale de pensii care a înregistrat accidentul de muncă/boala profesională dosarul în copie, pe care se va menționa «CONFORM CU ORIGINALUL», după caz.

SECȚIUNEA a 9-a Rambursări de cheltuieli

Art. 73. -

În vederea rambursării cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență sau de confecționarea unor dispozitive destinate să asigure recuperarea funcționalității organismului victimei accidentului de muncă, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile se adresează casei teritoriale de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă.

Art. 74. -

(1) Modelul cererii de rambursare a cheltuielilor este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(2) Cererea se depune la sediul casei teritoriale de pensii, însoțită de documente justificative, după caz.

Art. 75. -

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență utilizând alte mijloace decât cele uzuale, aceasta trebuie să prezinte:

- a) facturi sau alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora;
- b) declarația pe propria răspundere a angajatorului sau a persoanei care a solicitat rambursarea, după caz, din care trebuie să reiasă caracterul de urgență al transportului, mijlocul de transport utilizat, precum și descrierea împrejurărilor care au impus utilizarea altor mijloace decât a celor uzuale pentru salvarea victimei accidentului de muncă;
- c) dovada emisă de autoritatea competentă, din care să rezulte faptul că solicitantul nu înregistrează obligații restante la Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(2) Pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma solicitată a fi rambursată se determină prin înmulțirea numărului de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban, respectiv a numărului de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, cu consumul normat de combustibil pe kilometru parcurs și cu prețul mediu al combustibilului utilizat.

(3) Pentru serviciile de transport aerian și pe apă, suma solicitată a fi rambursată se calculează pe baza numărului de ore de zbor, respectiv a numărului de mile marine estimat, înmulțit cu costul mediu al unei ore de zbor, respectiv cu costul mediu pe mila marină.

(4) Tipurile de transport de urgență prevăzute la alin. (1) sunt altele decât cele ale unităților specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar și care îndeplinesc criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății Publice, precum și cele de acreditare.

Art. 76. -

Medicul expert al asigurărilor sociale din cadrul casei teritoriale de pensii confirmă sau infirmă, prin referat motivat, faptul că salvarea victimei impunea transportul de urgență cu alte mijloace decât cele uzuale.

Art. 76¹. -

(1) Cheltuielile de transport necesare pentru repatriere în cazul decesului unui lucrător asigurat conform prevederilor legale române în vigoare, ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, se suportă din sumele prevăzute cu această destinație, pentru accidente de muncă și boli profesionale, din bugetul asigurărilor sociale de stat, în baza cererii prevăzute în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) suportate de o persoană fizică sau juridică se decontează ulterior pe baza facturilor și documentelor justificative ce atestă caracterul de muncă sau, după caz, profesional al bolii, stabilite conform legislației în vigoare.

(3) Casa teritorială de pensii, în baza facturilor în original și a documentelor justificative care atestă caracterul de muncă sau, după caz, profesional al bolii, virează echivalentul sumei din valută în lei, de la data efectuării plății în contul persoanei fizice/juridice respective.

Art. 77. -

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că ochelarii au fost deteriorați în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) Cheltuielile ocazionate de confecționarea ochelarilor vor fi decontate integral, fără a se depăși prețul de referință stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 78. -

(1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea aparatelor acustice, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului care trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat, documente din care să reiasă că aparatul acustic a fost deteriorat în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) În sensul prezentelor norme metodologice, prin sintagma aparat acustic se înțelege proteză auditivă.

Art. 79. -

În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea protezelor oculare, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că proteza oculară a fost deteriorată în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie de pe procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

Art. 80. -

(1) Rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aparatelor acustice, protezelor oculare se acordă de către casa teritorială de pensii care a înregistrat cererea prevăzută în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice și se decontează ulterior cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa «CONFORM CU ORIGINALUL».

(2) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii poate solicita orice alte documente necesare în vederea emiterii deciziei de admitere/respingere a cererii de rambursare a cheltuielilor.

(3) Cererea de rambursare a cheltuielilor poate fi admisă în totalitate, admisă parțial sau respinsă.

(4) Împotriva deciziei de rambursare a cheltuielilor se poate face plângere la instanța judecătorească în a cărei rază teritorială se află domiciliul sau sediul reclamantului.

Art. 81. -

(1) Nivelul maxim al prețurilor de referință la care se acordă rambursările de cheltuieli prevăzute la art. 50 alin. (1) lit. a) și b) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS și se actualizează anual cu coeficientul de inflație.

(2) Nivelul la care se acordă rambursări de cheltuieli pentru dispozitivele medicale implantabile prin intervenție chirurgicală este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din [Regulamentul](#) de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin Hotărârea Guvernului [nr. 1.229/2005](#).

Art. 82. -

(1) În vederea rambursării costurilor dispozitivelor medicale implantabile prin intervenție chirurgicală, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile depune o cerere la casa teritorială de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă ori la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantul, urmând ca aceasta să facă decontarea ulterior cu casa teritorială de pensii care a înregistrat accidentul de muncă, în baza dosarului în copie, pe care se va menționa «CONFORM CU ORIGINALUL».

(2) Modelul cererii este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(3) Solicitantul va atașa la cerere facturi și alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora, recomandarea medicului curant din care să rezulte necesitatea implantării, prin intervenție chirurgicală, a dispozitivului pentru care se solicită rambursarea.

Art. 82¹. -

Rambursarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale acordate lucrătorilor asigurați conform prevederilor legislației române în vigoare se va realiza în conformitate cu formularele europene și documentele justificative trimise de instituțiile competente ale statelor membre ale Uniunii Europene sau ale țărilor prevăzute în acordurile bilaterale, care au acordat serviciile respective.

CAPITOLUL IV Comunicarea și evidența accidentelor de muncă

Art. 83.-

~~Dispozițiile prezentului capitol modifică și completează prevederile Normelor metodologice privind comunicarea, cercetarea, înregistrarea, raportarea, evidența accidentelor de muncă și declararea, confirmarea, înregistrarea, raportarea, evidența bolilor profesionale, precum și a celorlalți indicatori care definesc morbiditatea profesională, aprobate prin Ordinul ministrului muncii și protecției sociale [nr. 388/1996](#), cu modificările ulterioare.~~

Art. 84. -

(1) Comunicarea evenimentelor urmate de incapacitate temporară de muncă, invaliditate sau deces, al căror caracter de muncă a fost confirmat, se face obligatoriu de angajator către casa teritorială de pensii pe raza căreia s-a produs evenimentul, precum și către casa teritorială de pensii pe raza căreia angajatorul își are sediul social și va cuprinde următoarele documente:

- a) formular pentru înregistrare a accidentelor de muncă - FIAM;
- b) proces-verbal de cercetare a accidentului de muncă.

(2) Comunicarea incidentelor periculoase transmise caselor teritoriale de pensii se face prin proces-verbal de cercetare a incidentului periculos.

Art. 85.--

~~(1) În cazul accidentelor care au antrenat incapacitate temporară de muncă, cercetarea se va efectua, imediat după comunicare, de către angajatorul la care s-a produs evenimentul sau, după caz, de către casa teritorială de pensii.~~

~~(2) În cazul evenimentelor produse în activitățile nucleare, soldate cu victime, un exemplar al procesului verbal de cercetare va fi înaintat, în termen de cel mult 5 zile de la data la care accidentul a fost comunicat, Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare și la casa teritorială de pensii.~~

Art. 86.--

Cercetarea accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă se va încheia în cel mult 5 zile de la data producerii, cu excepția cazurilor când sunt necesare expertize, situații în care termenul se poate prelungi cu cel mult 5 zile, cu acordul casei teritoriale de pensii.

Art. 87.--

(1) În vederea cercetării evenimentelor se întocmește un dosar care va cuprinde:

- a) opisul actelor aflate în dosar;
- b) procesul verbal de cercetare;
- c) schițe și fotografiile referitoare la eveniment;
- d) declarația accidentatului/accidentatilor, în cazul accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă sau de invaliditate;
- e) declarațiile martorilor și ale oricăror persoane care pot contribui la elucidarea împrejurărilor și a cauzelor reale ale producerii evenimentului;
- f) declarațiile persoanelor răspunzătoare de nerespectarea reglementărilor legale;
- g) copii de pe actele și documentele necesare pentru elucidarea împrejurărilor și a cauzelor reale ale evenimentului;
- h) orice alte documente și declarații necesare pentru a determina caracterul accidentului;
- i) FIAM;
- j) copie de pe fișa de aptitudine la angajare sau de pe ultimul control medical periodic.

(2) În funcție de eveniment, dosarul de cercetare va mai cuprinde, după caz:

- a) copie de pe autorizație, în cazul în care victima, în momentul accidentului, desfășura o activitate care necesită autorizare;
- b) acte de expertiză tehnică, întocmite cu ocazia cercetării evenimentului;
- c) actul medical emis de unitatea sanitară care a acordat asistență medicală, din care să rezulte diagnosticul provizoriu;
- d) copie de pe certificatul/certIFICATELE de concediu medical, în cazul accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, care se va atașa la dosar după eliberarea de către unitatea sanitară;
- e) actul emis de unitatea sanitară care a acordat asistență medicală, din care să rezulte data și ora când accidentatul s-a prezentat pentru consultație, precum și diagnosticul, în cazul accidentelor de traseu;
- f) orice acte doveditoare emise de organele autorizate și prezentate de accidentat, din care să se poată stabili locul, data și ora producerii accidentului sau să se poată justifica prezența victimei la locul, ora și data accidentării;
- g) copie de pe procesul verbal de cercetare la fața locului, încheiat de serviciile poliției rutiere, în cazul accidentelor de circulație pe drumurile publice;
- h) documente din care să rezulte că accidentatul îndeplinea îndatoriri de serviciu.

Art. 88.--

(1) În vederea cercetării accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, angajatorul are obligația să numească prin decizie scrisă comisia de cercetare din care va face parte și o persoană din compartimentul de protecție a muncii/cu atribuții speciale de protecția muncii.

(2) Comisia de cercetare a accidentului se recomandă a avea în componență cel puțin 3 persoane.

(3) Dosarul de cercetare a accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, întocmit de comisia de cercetare a angajatorului la care s-a produs evenimentul, va fi înaintat, pentru verificare și avizare, la casa teritorială de pensii din județul respectiv în termen de 5 zile de la finalizarea cercetării.

(4) Casa teritorială de pensii va aviza și va restitui dosarul în cel mult 7 zile de la data primirii.

(5) În cazul în care cercetarea nu a fost efectuată corespunzător, casa teritorială de pensii poate dispune completarea dosarului sau, după caz, poate efectua o anchetă proprie.

Art. 89.-

(1) Procesul verbal de cercetare a evenimentelor va conține următoarele informații:

- a) data încheierii procesului verbal;
- b) numele persoanelor care efectuează cercetarea accidentului și calitatea acestora, cu indicarea documentului potrivit căruia sunt îndreptățite să efectueze cercetarea, precum și instituția unde lucrează;
- c) perioada și locul în care s-a efectuat cercetarea;
- d) obiectul cercetării;
- e) data și ora producerii evenimentului; în cazul în care s-a produs un accident și ulterior a survenit decesul victimei/victimelor implicate în acest accident, se va preciza și data decesului;
- f) locul producerii evenimentului;
- g) datele de identificare a angajatorului la care s-a produs evenimentul, activitatea principală desfășurată de acesta și, dacă este cazul, datele de identificare a angajatorului la care este/a fost încadrat accidentatul;
- h) datele de identificare a accidentatului/accidentaților: numele, prenumele, cetățenia, vârsta, starea civilă, numărul de copii minori, domiciliul, locul de muncă la care este încadrat/sunt încadrați, profesia de bază, ocupația în momentul accidentării, vechimea în muncă, în funcție sau în meserie și la locul de muncă, iar pentru persoanele care, în momentul accidentării, desfășurau o activitate pentru care este necesară autorizare, se va face referire și la aceasta;
- i) descrierea detaliată a locului, echipamentului tehnic, a împrejurărilor și modului în care s-a produs evenimentul, reconstituite, în special, în baza constatărilor făcute la locul accidentului, declarației conducătorului locului de muncă, declarației accidentatului/accidentaților, declarațiilor martorilor și verificării altor acte și documente necesare stabilirii împrejurărilor;
- j) urmările evenimentului și/sau urmările suferite de accidentat/accidentați;
- k) cauzele reale ale evenimentului, cu trimitere la reglementările legale în vigoare încălcate, precizându-se actele normative nerespectate, cu redarea integrală a textului acestora, după caz;
- l) alte constatări făcute cu ocazia cercetării evenimentului;
- m) persoanele răspunzătoare de încălcarea reglementărilor legale, cu trimitere la actele normative și la articolele încălcate, în condițiile precizate la lit. k);
- n) sancțiunile contravenționale aplicate, cu precizarea prevederilor legale încălcate, și, după caz, propuneri pentru cercetare penală și/sau propuneri pentru sancțiuni administrative și/sau disciplinare;
- o) angajatorul care va înregistra și va declara accidentul de muncă;
- p) măsurile stabilite pentru prevenirea altor evenimente similare și soluționarea deficiențelor, precum și termenul de raportare la organele competente să efectueze cercetarea, după caz;
- r) numărul de exemplare în care s-a încheiat procesul verbal de cercetare a evenimentelor și repartizarea acestora;
- s) semnătura persoanei/persoanelor care a/au efectuat cercetarea;
- t) viza autorității competente să decidă caracterul accidentului.

(2) Un exemplar al procesului verbal de cercetare menționat la alin. (1) va fi înaintat și casei teritoriale de pensii.

Art. 90.-

(1) În baza procesului verbal de cercetare a evenimentelor întocmit de organele competente, angajatorul la care se înregistrează accidentul va completa FIAM, care va fi tipizat, conform modelului prevăzut în anexa nr. 16 la prezentele norme metodologice.

(2) FIAM se completează pentru fiecare persoană accidentată și constituie documentul de declarare oficială a accidentului de muncă.

(3) FIAM va purta semnătura și ștampila reprezentantului legal al angajatorului, precum și semnătura și ștampila conducătorului autorității competente să decidă caracterul accidentului, după caz.

(4) FIAM se completează imediat după încheierea cercetării accidentului, conform instrucțiunilor de completare a FIAM aflate în vigoare.

(5) Un exemplar al FIAM va fi transmis casei teritoriale de pensii din județul respectiv în termen de 5 zile de la finalizarea cercetării (odată cu dosarul pentru avizare).

Art. 91. -

În baza formularelor pentru înregistrare a accidentelor de muncă și a proceselor-verbale de cercetare a incidentelor periculoase, casele teritoriale de pensii vor ține evidența accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase înregistrate de angajatorii care își au sediul social pe teritoriul județului respectiv sau în municipiul București, după caz.

CAPITOLUL V Boli profesionale

Art. 92. -

(1) Direcțiile de sănătate publică transmit casei teritoriale de pensii fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2, stampilată de autoritatea emitentă.

(2) Fișele BP2 se primesc, prin registratură, la casa teritorială de pensii și sunt transmise către Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale.

Art. 93. -

Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale transmite fișele BP2 pentru a fi verificate de Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM.

(2) Compartimentul de accidente de muncă și boli profesionale va lua în evidență fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 după confirmarea acesteia de către INEMRCM.

Art. 94. -

(1) În termen de 7 zile lucrătoare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM va transmite acceptul diagnosticului de profesionalitate din fișa BP2 prin adresa care va conține:

- a) codul bolii conform clasificării internaționale a bolilor;
- b) codul de indemnizație;
- c) codul bolii pentru care se acceptă rambursarea de cheltuieli.

(2) În cazul în care se consideră necesară reanalizarea dosarului medical de cercetare a bolii profesionale aflat la direcția de sănătate publică, termenul se poate prelungi până la finalizarea acesteia.

Art. 95. -

Personalul specializat al Compartimentului de medicina muncii din cadrul INEMRCM are următoarele atribuții:

- a) verifică fișele BP2 sau, după caz, dosarul medical de cercetare, în conformitate cu prevederile prezentului capitol;
- b) întocmește informări semestriale cu privire la cauzele bolilor profesionale;
- c) monitorizează activitatea prestată de unitățile sanitare cu personalitate juridică în baza contractelor încheiate cu casele teritoriale de pensii și acordă la solicitarea acestora consultanță cu privire la serviciile medicale efectuate de unitățile sanitare pentru cazurile de boli profesionale confirmate, externate/rezolvate.
- ~~d) participă, după caz, la acțiunile de prevenire.~~

Art. 96. -

În cazul în care, ca urmare a analizării dosarului medical de cercetare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM constată neconformități ale dosarului, solicită direcției de sănătate publică competente reanalizarea acestuia.

CAPITOLUL VI Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale

Art. 97. -

Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale reprezintă activitatea principală a asigurătorului, destinată îmbunătățirii condițiilor de muncă.

Art. 98. -

- (1) În scopul desfășurării activității de prevenire, CNPAS dispune de personal cu specializare tehnică sau medicală.
- (2) În situații temeinic justificate, la propunerea directorilor executivi ai caselor teritoriale de pensii, CNPAS aprobă angajarea de personal cu pregătire juridică pentru activitatea de prevenire.

Art. 99. -

În domeniul prevenirii asigurătorul desfășoară următoarele activități în scopul eliminării ori reducerii accidentelor de muncă sau bolilor profesionale:

- a) participarea la acțiuni de prevenire la nivel național;
- b) stabilirea de programe de prevenire prioritare în domeniul său de activitate, în baza situațiilor concrete identificate în timpul vizitelor la locurile de muncă și a evidenței evenimentelor înregistrate;
- c) consiliere cu privire la cele mai potrivite metode de evaluare a riscurilor, adaptate specificului locului de muncă;
- d) efectuarea de recomandări cu caracter tehnic pentru remedierea deficiențelor din punctul de vedere al securității și sănătății în muncă;
- e) propunerea efectuării și finanțării de studii și analize institutelor de cercetare de specialitate, în vederea fundamentării măsurilor de prevenire prioritare din domeniul de activitate al asigurătorului;
- f) consilierea angajatorilor la întocmirea instrucțiunilor proprii;
- g) recomandarea de măsuri de prevenire și urmărirea aplicării lor;
- h) elaborarea și propunerea de forme și mijloace de educare pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;
- i) consilierea angajatorilor în domeniul securității și sănătății în muncă.
- ~~j) cercetarea accidentelor cu incapacitate temporară de muncă și stabilirea caracterului de muncă al acestora, care se vor face în conformitate cu prevederile Legii nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.~~

CAPITOLUL VII Organizarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Criterii de autorizare a asociațiilor profesionale

Art. 100. -

În vederea îndeplinirii dispozițiilor art. 84 alin. (4) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, CNPAS stabilește criteriile de autorizare a asociațiilor profesionale.

Art. 101. -

(1) Criteriile utilizate în vederea autorizării asociațiilor profesionale sunt structurate după cum urmează:

- a) statutul juridic;
- b) organizare și funcționare;
- c) mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității specifice;
- d) criteriile deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale.

(2) În funcție de situația concretă a furnizorilor de servicii de prevenire pot fi adoptate și criterii suplimentare.

Statutul juridic

Art. 102. -

Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să fie asociații profesionale române, constituite în condițiile Ordonanței Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, cu modificările și completările ulterioare.

Organizare și funcționare

Art. 103. -

Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să dispună de o conducere și o structură administrativ-organizatorică, care să confere independență de decizie în afara oricăror interese și imparțialitate în judecarea și instrumentarea solicitărilor.

Art. 104. -

În cazul în care asociațiile profesionale solicită autorizarea pentru mai multe domenii de specialitate, corespunzătoare profilului unor grupe specializate de activitate de prevenire diferite, implicând și un volum mare de activitate de prevenire, în structura lor organizatorică trebuie să existe un compartiment sau un coordonator de activitate de prevenire, pentru a asigura armonizarea și coordonarea procedurală, precum și lucrările de secretariat și evidență aferente acestei activități.

Art. 105. -

Asociațiile profesionale de asigurare trebuie să dispună de un sistem propriu de management al calității certificat conform standardelor în vigoare.

Art. 106. -

Astfel, pentru activitatea de prevenire asociațiile profesionale trebuie să demonstreze că pentru fiecare dintre activitățile solicitate există unul sau mai mulți specialiști care sunt formați pentru aceste domenii.

Mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității

Art. 107. -

(1) Asociațiile profesionale au obligația de a face dovada existenței mijloacelor tehnice și logistice, precum și a resurselor necesare pentru desfășurarea adecvată a activității de elaborare a programelor de prevenire în domeniile de specialitate aferente, astfel încât să se poată fundamenta conținutul programului de prevenire și aprecierea aferentă, în vederea garantării aptitudinii la utilizare în societăți a procedurilor care fac obiectul programului.

(2) Prezentarea acestor mijloace tehnice și logistice trebuie să cuprindă:

- a) numărul total de personal, din care personal cu studii superioare (din care personal atestat) defalcat pe domeniile de specialitate aferente activității de prevenire;
- b) lista dotărilor tehnice (echipamente) și logistice (tehnică de calcul, software) existente, absolut necesare pentru desfășurarea activității în domeniile de specialitate respective.

Art. 108. -

Situația financiară, menită să asigure stabilitate și suport financiar adecvat pentru desfășurarea activităților specifice fără presiuni exterioare de orice natură, se demonstrează prin indicatorii și mijloacele financiare rezultate din ultimul bilanț anual și din bugetul pe anul în curs (sau din alte documente în ceea ce privește: cifra de afaceri, profit sau pierderi, finanțarea activității etc.).

Art. 109.-

Asociațiile profesionale trebuie să dispună de un sistem propriu de management al calității certificat.

Criterii deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale

Art. 110. -

Prin criteriile deontologice pentru personalul asociațiilor profesionale se urmărește îndeplinirea următoarelor cerințe:

- a) asigurarea obiectivității și imparțialității în executarea activității specifice;
- b) păstrarea secretului profesional;
- c) asigurarea independenței personalului în instrumentarea activităților și luarea deciziilor aferente.

Art. 111. -

Evaluarea acestor criterii se face pe baza prevederilor din documentele interne ale asociațiilor profesionale.

Art. 112. -

(1) În același timp, prin îndeplinirea criteriilor deontologice se are în vedere nivelul de confidențialitate și securitate al activității și documentelor specifice.

(2) Nivelul de confidențialitate și securitate se evaluează pe baza următoarelor subcriterii:

- a) asigurarea confidențialității informațiilor vehiculate în cadrul desfășurării activității de prevenire și a celor cuprinse în documentele elaborate și arhivate;
- b) limitarea accesului la documentele din arhivă prin dispoziții scrise ale conducerii furnizorilor de servicii de prevenire;
- c) luarea de măsuri pentru ca personalul implicat în activitatea de prevenire să nu aibă acces la elementele de secret profesional care nu îl privesc;
- d) limitarea prin măsuri specifice a difuzării elementelor confidențiale către întreaga masă a personalului din cadrul furnizorului de servicii de prevenire;
- e) luarea de măsuri pentru păstrarea în siguranță a documentelor privind activitatea de prevenire.

(3) Evaluarea acestor criterii se face în baza prevederilor din documentele interne ale furnizorilor de servicii de prevenire.

CAPITOLUL VIII Contribuțiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Art. 113. -

În conformitate cu prevederile art. 99 alin. (1) din Legea [nr. 346/2002](#), cu modificările și completările ulterioare, tarifele și clasele de risc se stabilesc potrivit normelor metodologice de calcul al contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, elaborate de CNPAS și aprobate prin hotărâre a Guvernului.

CAPITOLUL IX Dispoziții finale

Art. 114. -

CNPAS și CNAS pot încheia un protocol de colaborare pentru buna desfășurare a activității de reabilitare medicală și recuperare a capacității de muncă.

Art. 115. -

(1) Pentru serviciile medicale prevăzute la art. 14 alin. (1), acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, în cazul bolilor profesionale, CNPAS, prin casele teritoriale de pensii, poate încheia contracte direct cu acestea.

(2) În vederea decontării serviciilor medicale acordate conform alin. (1), unitățile sanitare cu personalitate juridică vor respecta procedurile prevăzute la art. 15-17, art. 18 alin. (1) și (4), art. 18¹ alin. (3) și la 18² alin. (1).

Art. 116. -

(1) În cazul unei persoane asigurate, victimă a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, care necesită trimitere la tratament în străinătate, se aplică de către casele de asigurări de sănătate aceeași procedură stabilită prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 592/2008](#) pentru aprobarea [Normelor](#) metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71, urmând ca decontarea cheltuielilor respective să fie efectuată de casele teritoriale de pensii, potrivit prevederilor legale.

(2) În vederea acordării indemnizației de incapacitate temporară de muncă în caz de accident de muncă sau boală profesională, pentru persoanele asigurate prevăzute la pct. 1 din anexa nr. 11A la [Normele](#) metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 592/2008](#), se completează la rubrica «OBSERVAȚII» codurile de indemnizație 03 și 04, după caz, aferente accidentelor de muncă sau bolilor profesionale.

ANEXA Nr. 1¹⁾ la normele metodologice

¹⁾ Anexa nr. 1 este reprodusă în facsimil.

Nr. |_|_|_|_|_|_|_|_| din ziua |_|_|, luna |_|_|, anul |_|_|_|_|_|

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale

1. DATE DE IDENTIFICARE:

| S.C. _____ |
 | Localitatea: _____ |
 | Strada: _____ Nr. _____ |
 | Sector: _____ Județ: _____ Cod Poștal: _____ |
 | Telefon: _____ Fax: _____ |
 | E-mail: _____ |
 | Numele _____ și _____ prenumele: _____ |
 | _____ |
 | (administratorului/directorului general) _____ |
 | Nr. Înreg. Reg. Comerțului: _____/_____/_____ Cod fiscal: _____ |
 | Cont bancar: _____ |
 | Banca: _____ |

2. ACTIVITĂȚI DESFĂȘURATE ÎN CADRUL SOCIETĂȚII:

Se vor nominaliza toate activitățile cu personal angajat în ordinea nr. de persoane din societate	Cod CAEN	Nr. persoane (P)	% din total P
2.1. _____	_____	_____	_____, ____-%
2.2. _____	_____	_____	_____, ____-%
2.3. _____	_____	_____	_____, ____-%
2.4. _____	_____	_____	-1-, 0-0-%

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă.

Numele _____ Prenumele _____
 Data _____ Funcția*) _____

Semnătura și ștampila

*) Director General sau altă persoană autorizată.

ANEXA Nr. 2 la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Nr. de înregistrare/.....

CONTRACT INDIVIDUAL DE ASIGURARE

ARTICOLUL 1 Părțile contractante

Casa teritorială de pensii, cu sediul în localitatea, str. nr., în calitate de asigurător, reprezentată de doamna/domnul, în calitate de director executiv, și, fiul/fiica lui și al/a, născut/născută în, la data de, posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria nr., eliberat/eliberată de la data de, CNP, cu domiciliul/reședința*) în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., ap. ..., județul/sectorul, în calitate de asigurat, au încheiat prezentul contract.

*) Se referă la asigurații individuali care își desfășoară activitatea pe teritoriul unui alt stat membru al Uniunii Europene în conformitate cu prevederile Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială

în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și ale Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71.

ARTICOLUL 2 Obiectul contractului

2.1. Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, prin acordarea de prestații pentru reabilitarea victimelor accidentelor de muncă și ale bolilor profesionale, precum și consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expuși asigurații în timpul exercitării activității pentru care au fost autorizați, reglementate prin Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Prezentul contract intră în vigoare la data înregistrării la casa teritorială de pensii.

ARTICOLUL 3 Condițiile de asigurare

3.1. Cota de contribuție este de 1% din venitul asigurat.

3.2. Venitul asigurat este de

3.3. Cuantumul contribuției este de

3.4. Contul în care se plătește contribuția, deschis la Trezoreria Județului/Sectorului..... pe seama casei teritoriale de pensii, este

3.5. Plata se poate face și în numerar, la casieria casei teritoriale de pensii, sau prin alte mijloace de plată prevăzute de lege.

3.6. Plata contribuției se efectuează până în ultima zi lucrătoare a lunii pentru care se datorează contribuția.

ARTICOLUL 4 Obligațiile asiguratului

4.1. Asiguratul se obligă la următoarele servicii și prestații, după caz:

4.1.1. reabilitare medicală:

a) asistență medicală de urgență la locul accidentului, în mijloace de transport specializate și în unități spitalicești;

b) tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente, prescrise de medic;

c) servicii medicale, în spitale ori clinici specializate pentru accidente de muncă sau boli profesionale;

d) tratament de recuperare a capacității de muncă, în unități de specialitate;

e) servicii de chirurgie reparatorie;

f) cure balneoclimaterice;

4.1.2. recuperarea capacității de muncă:

a) în vederea diminuării sau compensării deficiențelor de sănătate suferite prin accidente de muncă sau boli profesionale, asiguratul are dreptul la dispozitive medicale stabilite prin normele metodologice de aplicare a legii;

b) pentru recuperarea capacității de muncă, asiguratul beneficiază de programe individuale de recuperare, stabilite de medicul specialist al asiguratului sau, după caz, de medicul curant;

4.1.3. consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expuși asigurații în timpul exercitării activității pentru care au fost autorizați.

4.2. Asiguratul preia în sarcina sa cheltuielile pentru următoarele prestații și servicii:

a) plata indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, acordată în condițiile legii, și a indemnizației pentru reconversie profesională;

b) contravaloarea serviciilor medicale menționate la pct. 4.1.1 și 4.1.2;

c) compensații pentru atingerea integrității ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;

d) despăgubire în caz de deces.

ARTICOLUL 5 Obligațiile asiguratului

Asiguratul are următoarele obligații:

5.1. să prezinte în termenul prevăzut de lege declarația de venituri pe propria răspundere;

5.2. să notifice asiguratului orice modificare privind datele din declarația de venituri pe propria răspundere;

5.3. să prezinte copie de pe autorizația pentru desfășurarea profesiei autorizate;

5.4. să prezinte copia fișei de aptitudine pentru desfășurarea activității pentru care a fost autorizat;

5.5. să plătească contribuția de asigurare stabilită, în termenul prevăzut de prezentul contract;

Neplata contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale la termenul prevăzut în contract generează dobânzi pentru fiecare zi calendaristică, potrivit legii.

5.6. să prezinte în termenele stabilite de lege toate documentele justificative;

5.7. să urmeze și să respecte programele individuale de recuperare stabilite de medicul asiguratului sau, după caz, de medicul curant.

ARTICOLUL 6 Alte clauze

6.1. Neplata contribuției de către asigurat atrage neacordarea dreptului la prestații, până la achitarea contribuției datorate și a majorărilor de întârziere aferente.

(2) În vederea fundamentării tarifelor și numărului de cazuri ce urmează a fi contractate pentru fiecare tip de serviciu medical, spitalele vor prezenta următoarele date statistice:

- cheltuieli ale fiecărei secții/clinici de boli profesionale, precum și ale fiecărui cabinet de medicina muncii aflat în structura spitalului în cauză, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe cheltuieli de personal, cheltuieli pentru utilități și cheltuieli pentru medicamente;
- numărul de cazuri externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;
- numărul de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;
- cheltuielile materiale pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi, calculate pe baza tarifelor stabilite prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate;
- numărul de cazuri externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi;
- numărul de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi.

Tipurile de intervenții efectuate în spitalizarea de zi, continuă și în ambulatoriu sunt cele prevăzute în lista P1.

(3) La întocmirea listei serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea, spitalele vor avea în vedere criteriile de internare prevăzute în lista P2.

Art. 4. -

(1) Plata serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică se face cu încadrarea în limita sumelor aprobate cu această destinație, pe baza următoarelor elemente:

- a)** tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat/rezolvat după acordarea de servicii medicale;
- b)** număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate.

(2) Valoarea totală contractată de unitățile sanitare cu personalitate juridică cu casele teritoriale de pensii se constituie din următoarele sume, după caz:

- a)** suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă;
- b)** suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi;
- c)** suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi.

(5) Suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor.

(6) Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești, se negociază separat, pe spitalizare continuă sau de zi, după caz, în funcție de cheltuielile secțiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalului în cauză, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea și de numărul de cazuri externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă sau de zi, după caz, în aceeași perioadă.

(7) Fundamentarea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare continuă, se face în funcție de totalitatea cheltuielilor secțiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii, aflate în subordinea spitalului în cauză.

(8) Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, reprezintă maximum 1/3 din tariful mediu pe caz negociat pentru cazurile rezolvate prin spitalizare continuă.

La fundamentarea acestui tarif nu se iau în calcul cheltuielile care au fost acoperite prin tariful mediu negociat pe caz rezolvat prin internare continuă, cum ar fi cheltuielile de personal, cheltuielile pentru utilități etc.

Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, se calculează ca media ponderată a costurilor serviciilor medicale și nemedicale estimate a fi necesare rezolvării cazurilor contractate, stabilite în funcție de morbiditatea internată în anii anteriori.

(9) Numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate după acordarea de servicii medicale, se negociază separat, pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz, avându-se în vedere următoarele elemente:

- evoluția cazurilor de boală profesională confirmate și externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, la nivelul secției/clinicii de boli profesionale, în funcție de numărul de paturi;
- numărul de paturi existent la data încheierii contractului;
- nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor;
- durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent;
- numărul de personal existent în secțiile/clinicile de boli profesionale, conform structurii aprobate.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre.

(10) Din sumele contractate pentru rezolvarea cazurilor în regim de spitalizare continuă sau de zi se vor acoperi cheltuielile privind investigațiile paraclinice, pentru bolnavii internați în secțiile/clinicile de boli profesionale, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară.

Art. 5. -

Pentru decontarea serviciilor medicale acordate în caz de boală profesională și contractate cu unitățile sanitare cu personalitate juridică, casele teritoriale de pensii vor proceda după cum urmează:

a) decontarea se efectuează lunar, în limita sumelor contractate, separat pentru fiecare tip de spitalizare, în funcție de:

- numărul de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate și validate de casa teritorială de pensii din punct de vedere al respectării criteriilor de internare;
- tariful mediu negociat pe caz de boală profesională confirmată, externat pentru spitalizare continuă sau de zi;

b) trimestrial, pentru fiecare tip de spitalizare, în funcție de numărul de externări realizat, cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, și tariful mediu negociat pe caz, ținând cont și de numărul de externări contractat, se efectuează o regularizare.

În situația în care numărul de externări/rezolvări realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continuă, de zi sau pentru ambulatoriu, după caz, este mai mic decât numărul de externări contractat pentru spitalizarea continuă, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care numărul de externări/rezolvări realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continuă, de zi sau pentru ambulatoriu, după caz, este mai mare decât numărul de externări/rezolvări contractat pentru spitalizarea continuă, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, se poate accepta la decontare o depășire cu maximum 10% a numărului de externări/rezolvări pentru fiecare tip de spitalizare.

Casele teritoriale de pensii pot accepta la decontare aceste depășiri dacă secțiile/clinicile de boli profesionale au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate cu această destinație la nivelul caselor teritoriale de pensii.

Art. 6. -

(1) Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard se înțelege:

- în ceea ce privește cazarea, salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea);
- în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

(2) Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite de fiecare unitate furnizoare pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort și cele corespunzătoare confortului standard.

Art. 7. -

(1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă asiguraților pe bază de recomandare medicală, numai în cazul afecțiunilor în care nu există alte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza fișelor de solicitare similare celor utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la care se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu.

Art. 8. -

Unitățile sanitare cu personalitate juridică suportă din sumele contractate cu casele teritoriale de pensii suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, precum și suma aferentă transportului pentru asigurații transferați în alte unități spitalicești, numai pentru situațiile de boli profesionale confirmate.

Art. 9. -

(1) Suma anuală prevăzută în contractul de furnizare de prestații medicale încheiat cu casele teritoriale de pensii se defalcă de către spitale pe trimestre și luni caselor teritoriale de pensii.

(2) Casa teritorială de pensii decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face plata, condiționat de existența următoarelor documente:

- factura și documentele justificative însoțitoare;
- fișa BP2 de declarare a bolii profesionale.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor întocmi liste de așteptare pentru cazurile programabile.

(4) Spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii, până la data de 5 a lunii curente pentru luna precedentă, realizarea indicatorilor contractați.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați, în vederea regularizării trimestriale. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat.

Art. 10. -

Contractele pentru furnizarea prestațiilor medicale acordate în spitale se semnează, din partea spitalelor, de către personalul din conducerea spitalului - directorul general, directorul general adjunct medical, directorul financiar-contabilitate și, după caz, directorul de îngrijiri și directorul pentru reformă - care răspunde, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției, iar din partea caselor teritoriale de pensii, de către directorul executiv, directorul executiv adjunct economic. Contractul este vizat de către un reprezentant al compartimentului de accidente și boli profesionale din cadrul casei teritoriale de pensii.

ANEXA Nr. 4 la normele metodologice

LISTA

serviciilor medicale acordate în unități sanitare cu personalitate juridică

Serviciile medicale acordate de clinicile/secțiile de medicina muncii/boli profesionale și cabinetele de medicina muncii din ambulatoriul de specialitate, aflate în subordinea spitalelor, sunt în conformitate cu Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, astfel:

1. servicii medicale acordate în cabinete de medicina muncii din ambulatoriul de specialitate, aflate în subordinea spitalelor;
2. servicii medicale prestate în regim de spitalizare de zi - servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea, pentru care serviciile sunt acordate de către medicii din secțiile de spital în cadrul programului normal de lucru, inclusiv evaluarea bolilor profesionale și a patologiei cronice asociate, evaluarea pacienților expuși la pulberi pneumoconiozene prin comisiile de pneumoconioze organizate la nivelul clinicilor/secțiilor de medicina muncii/boli profesionale în acest scop;
3. servicii medicale în regim de spitalizare continuă - servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare.

Un serviciu medical spitalicesc reprezintă totalitatea investigațiilor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

Tarifele pe caz rezolvat pentru cele 3 tipuri de servicii medicale sunt cele negociate de casele teritoriale de pensii cu unitățile spitalicești.

Din acest pachet de servicii medicale se vor efectua și deconta doar serviciile medicale aferente bolilor profesionale.

1. CONSULTURI/INVESTIGAȚII/SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE

A. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare, altele decât cele prevăzute la lit. B;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

B. Servicii medicale de specialitate

Nr. crt.	Denumirea specialității/serviciului
A.	Alergologie și imunologie clinică
A1	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste, inclusiv materialul pozitiv și negativ)

A2	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică
A3	Teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)
A4	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate
A5	Peakflow metrie
A6	Spirometrie (efectuare)
A7	Aerosoli/caz (ședință)
A8	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
B.	Cardiologie
	Consultația de cardiologie include și interpretarea EKG.
B1	Examen electrocardiografie (efectuare)
B2	Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter)
B3	Interpretare Holter TA
B4	Oscilometrie
B5	Efectuare EKG de efort
C.	Chirurgie
	Consultația chirurgicală se punctează separat numai pentru alte afecțiuni decât cele enumerate mai jos.
Cc	Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a:
Cc.1	Panarițiului eritematos
Cc.2	Panarițiului flictenular
Cc.3	Panarițiului periunghial și subunghial
Cc.4	Panarițiului antracoid
Cc.5	Panarițiului pulpar
Cc.6	Panarițiului osos, articular, tenosinival
Cc.7	Flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
Cc.8	Flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
Cc.9	Abcesului de părți moi
Cc.10	Furunculului
Cc.11	Furunculului antracoid, furunculozei
Cc.12	Celulitei
Cc.13	Seromului posttraumatic
Cc.14	Arsurilor termice < 10%
Cc.15	Leziunilor externe prin agenți chimici < 10%
Cc.16	Hematomului
Cc.17	Edemului dur posttraumatic
Cc.18	Plăgilor tăiate superficiale
Cc.19	Plăgilor înțepate superficial

C.1	Oscilometrie
C.2	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
C.3	Administrare intravenoasă de medicamente
C.4	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
D.	Dermatovenerologie
D.c.	Consultația și tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate (anestezie, excizie, sutură, pansament)
D.1	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
D.2	Crioterapia/leziune
D.3	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
E.	Gastroenterologie
E.1	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
F.	Hematologie
F.1	Puncție-biopsie osoasă cu amprentă
F.2	Puncție aspirat de măduvă osoasă
G.	Nefrologie
G.1	Examen electrocardiografic (efectuare)
G.2	Administrare intravenoasă de medicamente
G.3	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
H.	Oncologie medicală
Hc.1	Consultație și prim ajutor pentru supurații
H.1	Infiltrații peridurale
H.2	Administrare intravenoasă de medicamente
H.3	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
H.4	Bronhoscopie
H.5	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
I.	Oftalmologie
	Consultația oftalmologică include și explorarea funcției aparatului lacrimal, determinarea acuității vizuale, prescripția corecției optice, examinarea digitală a tensiunii oculare, examinarea motilității oculare, examen în lumină difuză.
I.1	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
I.2	Determinarea refracției [skiascopia, refractometrie, autorefractometrie*), astigmatometrie]
I.3	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
I.4	Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen diplopie
I.5	Tonometrie; probă provocare; oftalmodinamometrie
I.6	Extracția corpiilor străini
I.7	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
J.	Otorinolaringologie

	Consultația ORL include: examen nas-sinusuri, examen buco-faringoscopic, rinoscopie posterioară, examenul laringoscopic și hipofaringoscopic, examenul otoscopic, examen vestibular, examen nervi cranieni.
J.1	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
J.2	Tamponament posterior
J.3	Puncție sinusală, lavaj, tratament local/caz
J.4	Extracție corpi străini
J.5	Tamponament anterior
J.6	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
J.7	Audiometrie la căști sau în câmp liber vocală sau tonală
J.8	Foniatrie
J.9	Aerosoli/caz
J.10	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
J.11	Impedanța
J.12	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
K.	Pneumologie
K.1	Bronhoscopie
K.2	Spirometrie
K.3	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
K.4	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
K.5	Peakflow metrie
K.6	Aerosoli/caz (ședință)
K.7	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)
K.8	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică
K.9	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
K.10	Administrare intravenoasă de medicamente
L.	Psihiatrie
Lc.1	Consultația inițială include: anamneză, evaluare psihologică, stabilirea obiectivelor psihoterapeutice și a metodelor de tratament; durată medie 30 de minute
Lc.2	Consultația de control include: efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice (examen psihologic: QI, anchetă socială, teste, scale clinice) și nespecifice, reevaluări, psihoeducația pacientului, familială, terapie educațională; durată medie 30 de minute
L.1	Examen ultrasonografic extracranian al aa cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate)
L.2	Examen electroencefalografic standard
L.3	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare
L.4	Examen electroencefalografic cu mapping
L.5	Video-electroencefalografie
M	Reumatologie

M.1	Infiltrații peridurale
M.2	Mezoterapie
M.3	Blocaje nervi periferici
M.4	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
M.5	Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete)
M.6	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
M.7	Administrare intravenoasă de medicamente
N.	Urologie
	Consultația de urologie include și montarea, înlocuirea și scoaterea cateterelor sau sondelor uretrale
N.1	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
N.2	Administrare intravenoasă de medicamente
O.	Medicină internă; geriatrie și gerontologie
O.1	Administrare intravenoasă de medicamente
O.2	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie
O.3	Aspirație gastrică diagnostică și terapeutică
O.4	Colonoscopie diagnostică
O.5	Examen electrocardiografic (efectuare)
O.6	Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter)
O.7	Interpretare Holter TA
O.8	Oscilometrie
O.9	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)
O.10	Spirometrie
O.11	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
O.12	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică
O.13	Aerosoli/caz (ședință)
O.14	Examen electrocardiografic de efort (efectuare)
O.15	Extracție endoscopică corpi străini
Oa.	Medicina muncii
	Consultația inițială de medicina muncii (anamneza, inclusiv profesională, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunității internării). Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.
	Consultația de control include efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice, reevaluări, tratament etc. Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.
Oa.1	Peakflow metrie (efectuare, interpretare)
Oa.2	Spirometrie (efectuare, interpretare)
Oa.3	Aerosoli/caz (ședință)
Oa.4	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare)

Oa.5	Oscilometrie
Oa.6	Examen electromiografic (efectuare, interpretare)
Oa.7	Audiometrie la căști (tonală) (efectuare, interpretare)
Oa.8	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po)
Oa.9	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare)
Oa.10	Evaluare psihologică
Oa.11	Psihoterapie
Oa.12	Probe funcționale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare)
Oa.13	Acordarea asistenței medicale de urgență pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală
Oa.14	Transfer alveolo-capilar (efectuare, interpretare)
Oa.15	Gazometrie (efectuare, interpretare)
Oa.16	Pletismografie (efectuare, interpretare)
Oa.17	Interpretare de radiografii pulmonare prin comisia de pneumoconioze
Oa.18	Testul presor la rece (efectuare, interpretare)
Oa.19	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare)
Oa.20	Teste cutanate (prick, scratch, patch sau IDR) cu seturi standard de alergeni - inclusiv profesionali - (maximum 8 teste, inclusiv materialul pozitiv și negativ) (efectuare, interpretare)
Oa.21	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică (efectuare, interpretare)
Oa.22	Teste cutanate la agenți fizici (maximum 4 teste) (efectuare, interpretare)
Oa.23	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor (efectuare, interpretare)
P.1	Acupunctura (consultație și proceduri)
P.2	Homeopatie, fitoterapie (consultație inițială și consultații de control)

2. ANALIZE BIOLOGICE ȘI INVESTIGAȚII PARACLINICE

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei
Hematologie		
12.	8070	Hemoleucograma completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formula leucocitară, eritrocitari
22.	8040	Numărătoare reticulocite
32.	8030	Examen citologic al frotiului sanguin
42.	8100	VSH
52.	8601	Timp de coagulare
62.	8602	Timp de sângerare
72.	8621	Timp Quick, activitate de protrombină
82.	8603	INR (International Normalised Ratio)
92.	8622	APTT
Biochimie		
102.	1120	Uree serică

112.	1130	Acid uric seric
122.	1140	Creatinină serică
132.	1510	Calciu ionic seric
142.	1511	Calciu seric total
152.	1570	Magneziemie
162.	8390	Sideremie
172.	1310	Glicemie
182.	1420	Colesterol seric total
192.	1404	Trigliceride serice
202.	1441	HDL colesterol (numai în HTA și obezitate și dislipidemii la copii)
212.	1443	LDL (numai în HTA și obezitate și dislipidemii la copii)
222.	1400	Lipide totale serice
232.	1020	Proteine totale serice
242.	4600	TGO
252.	4610	TGP
262.	4720	Fosfatază alcalină
272.	3210	Fibrinogenemie
282.	4680	Gama GT
292.	4500	LDH
302.	1150	Bilirubină totală; directă
312.	4961	Electroforeza proteinelor serice
322.	4962	Electroforeza lipidelor serice
332.	6021	VDRL
342.	6022	RPR
352.	6023	Confirmare TPHA
362.	2400	Test Gutthrie
372.	1560	Determinare litiu
382.	1026	Hemoglobină glicozilată
Imunologie		
392.	6250	ASLO
402.	6692	Factor reumatoid
412.	6691	Proteina C reactivă
422.	6731	IgA seric
432.	6732	IgE seric
442.	6733	IgM seric
452.	6734	IgG seric
462.	5540	Imunofixare

47	2	6	7	8	0	Crioglobuline
48	2	1	0	9	1	Complement seric
49	2	6	2	0	5	Depistare Chlamydii
50	2	6	2	0	6	Depistare Helicobacter Pylori
51	2	5	5	6	0	Testare HIV
52	2	4	0	6	0	TSH
53	2	4	0	4	0	FT4
54	2	6	3	9	1	Ag Hbe
55	2	6	3	9	2	Ag HBs (screening)
56	2	6	2	0	1	Anti-HAV IgM
57	2	6	2	0	2	Anti-HBc
58	2	6	2	0	3	Anti-Hbe
59	2	6	2	0	4	Anti HCV
60	2	4	1	3	0	STH cu stimulare
61	2	4	3	2	1	FSH
62	2	4	3	2	2	LH
63	2	4	3	2	3	Estradiol
64	2	4	3	0	0	Cortizol
Exsudat faringian						
65	2	5	0	6	1	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
66	2	7	0	1	1	Cultură fungi
Examene spută						
67	2	5	0	0	1	Examen microscopic nativ
68	2	5	0	4	1	Examen microscopic colorat Ziehl Neelsen
69	2	5	0	3	1	Examen microscopic colorat Gram
70	2	5	0	6	2	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
71	2	7	0	1	2	Cultură fungi
Analize de urină						
72	2	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)
73	2	5	0	4	2	Examen microscopic colorat Ziehl Neelsen
74	2	5	0	6	3	Urocultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
75	2	2	2	0	0	Determinare glucoză urinară
76	2	2	0	3	0	Determinare proteine urinare
Examene materii fecale						
77	2	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)
78	2	5	0	6	4	Coprocultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
Examene din secreții vaginale						

79	2	5	0	0	2	Examen microscopic nativ
80	2	7	3	4	0	Examen microscopic colorat
81	2	9	1	6	0	Examen Babeș-Papanicolau
82	2	5	0	6	5	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
83	2	7	0	1	3	Cultură fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)
Examen din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi						
84	2	5	0	3	2	Examen microscopic colorat
85	2	5	0	6	6	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
86	2	5	0	7	0	Cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
Examen lichid puncție						
87	2	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu
88	2	5	0	6	7	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
89	2	9	1	7	0	Citodiagnostic lichid puncție
Examen sudoare						
90	2	2	8	4	0	Ionoforeză pilocarpinică
Examinări histopatologice						
91	2	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină
92	2	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic
93	2	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă
94	2	9	0	1	0	Examen histopatologic cu colorații speciale
95	2	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină
96	2	9	0	2	3	Citodiagnostic secreție vaginală
97	2	9	0	2	4	Examen citohormonal
98	2	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de puncție
99	2	9	0	3	0	Teste imunohistochimice
Examinări radiologice						
100						Radiografie craniană standard în două planuri
101						Radiografie craniană în proiecție specială
102						Ex. radiologic părți ale scheletului în două planuri
103						Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri
104						Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast
105						Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală
106						Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV
107						Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală
108						Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri
109						Ex. radiologic torace ansamblu, inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac)
110						Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal

111				Ex. radiologic torace și organe ale toracelui
112				Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin două planuri
113				Ex. radiologic esofag ca serviciu independent, inclusiv radioscopie
114				Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast nonionică
115				Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanța de contrast
116				Ex. radiologic colon în dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală
117				Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast nonionică
118				Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast nonionică
119				Cistografie de reflux cu substanță de contrast nonionică
120				Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil, cu substanță de contrast nonionică
121				Pielografie
122				Flebografia de extremități
123				Tomografia plană
124				Angiografia carotidiană
125				Angiografia RM trunchiuri supraaortice
126				Angiografia RM artere renale sau aortă
127				P.E.G.
128				CT craniu nativ și cu substanță de contrast nonionică
129				CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast nonionică
130				CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast nonionică
131				CT abdomen nativ și cu substanță de contrast (nonionică) administrată intravenos
132				CT pelvis nativ și cu substanță de contrast (nonionică) administrată intravenos
133				CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment
134				CT membre nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment
135				Ecografie generală (abdomen + pelvis)
136				Ecografie abdomen
137				Ecografie pelvis
138				Radioscopie cardiopulmonară
139				Radiografie retroalveolară
140				Radiografie panoramică
141				CT craniu fără substanță de contrast nonionică
142				CT regiune gât fără substanță de contrast nonionică
143				CT regiune toracică fără substanță de contrast nonionică
144				CT abdomen fără substanță de contrast (nonionică) administrată intravenos
145				CT pelvis fără substanță de contrast (nonionică) administrată intravenos
146				CT coloană vertebrală fără substanță de contrast nonionică/segment

147				CT membre/segment fără substanță de contrast
148				Radiografie de membre
149				EKG
150				Spirometrie
151				Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
152				Oscilometrie
153				EEG
154				Electromiografie
155				Peak-flowmetrie
156				Endoscopie gastro-duodenală
157				Ecocardiografie M + 2 D
158				Ecocardiografie + Doppler
159				Ecocardiografie + Doppler color
160				Ecografie de vase (vene)
161				Ecografie de vase (artere)
162				Ecocardiografie
163				Ecografie de organ
164				Ecografie fetală
165				Ecografie transfontanelară
166				Scintigrafie: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă
167				RMN cranio-cerebral nativ
168				RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ
169				RMN abdominal nativ
170				RMN pelvin nativ
171				RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)
172				RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast
173				RMN umăr nativ
174				RMN umăr nativ și cu substanță de contrast
175				RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast
176				RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ și cu substanță de contrast
177				RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast
178				RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast
179				Osteodensitometrie DEXA
180				Ergometrie
181				Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)
182				Holter TA
183				Ecocardiografie transesofagiană

3. SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE: RECUPERARE-REABILITARE A SĂNĂTĂȚII

Nr. crt.	Serviciul medical
	Consultația va cuprinde și bilanț articular, bilanț muscular, întocmirea planului de recuperare
1.	Consultația inițială
2.	Consultație de control
3.	Oscilometrie
4.	Infiltrație în structuri ale țesutului moale
5.	Puncție și infiltrație intraarticulară
6.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
7.	Galvanizare
8.	Ionizare
9.	Curenți diadinamici
10.	Trabert
11.	TENS
12.	Curenți interferențiali
13.	Unde scurte
14.	Microunde
15.	Diapuls
16.	Ultrasunet
17.	Sonodynator
18.	Magnetoterapie
19.	Laserterapie
20.	Solux
21.	Ultraviolete
	Stimulări electrice:
22.	Curenți cu impulsuri rectangulare
23.	Curenți cu impulsuri exponențiale
24.	Contractia izometrică electrică
25.	Stimulare electrică funcțională
26.	Băi Stanger
27.	Băi galvanice
28.	Duș subacval
29.	Aplicații cu parafină
30.	Băi sau pensulații cu parafină
31.	Masaj regional
32.	Masaj segmentar

33.	Masaj reflex
34.	Limf masaj
35.	Aerosoli individuali
36.	Pulverizație cameră
37.	Hidrokinetoterapie individuală generală
38.	Hidrokinetoterapie parțială
39.	Kinetoterapie individuală
40.	Tracțiuni vertebrale și articulare
41.	Manipulări vertebrale
42.	Manipulări articulații periferice
43.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vaslit

**4. ANALIZE BIOTOXICOLOGICE NECESARE SUSȚINERII DIAGNOSTICULUI
DE PROFESIONALITATE**

Nr. crt.	Noxa chimică	Indicator biotoxicologic	Material biologic
1.	Acetonă	Acetonă	Urină
2.	Alcool izopropilic	Acetonă	Urină
3.	Alcool metilic	Metanol	Urină
4.	Aluminiu	Aluminiu	Urină
5.	Aldrin	Aldrin	Sânge
6.	Anilină	p-Amino-fenol	Urină
		Methemoglobină	Sânge
7.	Antimoniu (Stibiu)	Antimoniu	Urină
8.	Arsen și AsH ₃	Arsen	Urină, păr
9.	Benzen	Acid S-fenil-mercapturic	Urină
		Fenoli totali	Urină
10.	Benzidină	Benzidină	Urină
11.	Beriliu	Beriliu	Urină
12.	Bromură de metil	Brom	Sânge
13.	Cadmium și compuși anorganici	Cadmium	Urină, sânge
		Proteine	Urină
14.	Clorbenzen	4-Clorocatechol total	Urină
		p-Clorfenol total	Urină
15.	Clorură de metilen	COHb	Sânge
		Clorură de metilen	Sânge
16.	Compuși cian (acid cianhidric, cianuri și cianogen)	Tiocianați	Urină
17.	Crom	Crom	Urină

18.	Cobalt	Cobalt	Urină, sânge
19.	DDT	DDT	Sânge
20.	Dieldrin	Dieldrin	Sânge
21.	1,4-diclor benzen	2,5 Diclorfenol total	Urină
22.	N,N-dimetil acetamida	N-Metil acetamida	Urină
23.	N,N-dimetil formamida	Metil-formamida	Urină
24.	Etilbenzen	Acid mandelic	Urină
25.	Fenol	Fenol total	Urină
26.	Fluor - compuși	Fluor	Urină
27.	Halotan (2-brom-2-clor-1,1,1 trifluoretan)	Acid trifluoro-acetic	Sânge
28.	Hexaclorbenzen	Hexaclorbenzen	Ser
29.	N-hexan 2,5	Hexadionă	Urină
30.	Hidrazină	Hidrazină	Urină
31.	Lindan	Gamma Hexaclor ciclohexan	Sânge
32.	Mangan	Mangan	Urină
33.	Mercur și compuși	Mercur	Sânge, Urină
34.	Metiletilcetonă	Metiletilcetonă	Urină
35.	Metilcloroform	Tricloreolanol total	Urină, Sânge
		Metilcloroform	Sânge
		Acid tricloracetic	Urină
36.	Nichel	Nichel	Urină
37.	Nichel carbonil	COHb	Sânge
		Nichel	Urină
38.	Nitrobenzen	p-Nitrofenol total	Urină
		Methemoglobină	Sânge
39.	Oxid de carbon	COHb	Sânge
40.	Parathion	p-Nitrofenol total	Urină
		Activitate colinesterazică	Sânge
41.	Pentaclorfenol	Pentaclorfenol	Urină
42.	Pesticide organofosforice	Activitate colinesterazică	Sânge
43.	Plumb	Plumb	Urină, sânge, păr
		ALA-u	Urină
		CP-u	Urină
		PEL	Sânge
44.	Stiren	Acid mandelic	Urină
		Acid fenilgloxalic	Urină
		Stiren	Sânge

45.	Sulfură de carbon	Acid 2-tio-tiazolidin 4 carboxilic	Urină
		Testul iodazida	Urină
46.	Telur	Telur	Urină
47.	Tetracloretilenă	Triclorețanol +	Urină
	Triclorețilenă	Acid tricloracetic	
48.	Tetraetil de plumb	Plumb dietil	Urină
		Plumb total	Urină
49.	Toluen	Acid hipuric	Urină
		o-Cresol	Urină
50.	Uraniu	Uraniu	Urină
51.	Vanadiu	Vanadiu	Urină
52.	Xilen	Acid metilhipuric	Urină

LEGENDA:

C = creatinină

ALA-u = acid delta-amino levulinic urinar

CP-u = coproporfirine urinare

PEL = protoporfirine eritrocitare

ANEXA Nr. 5 la normele metodologice

CRITERII

de trimitere și criteriile de internare în clinici/secții de boli profesionale

1. Criterii de trimitere:

- suspiciune de boală profesională;
- diagnostic de boală profesională confirmată.

2. Criterii de internare:

- investigarea pacienților în vederea stabilirii diagnosticului de boală profesională;
- asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare/reabilitare medicală și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv, pentru pacienții diagnosticați cu boli profesionale;
- tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedepasabil sau necesită supraveghere medicală continuă;
- urgențe medicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă;
- alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

Documente necesare pentru internare în clinici/secții de boli profesionale:

1. bilet de internare cu suspiciunea de boală profesională sau cu diagnostic de boală profesională confirmată, eliberat de medicul de medicina muncii, medicul de familie, medicul de altă specialitate;
2. document de obiectivizare a expunerii profesionale:
 - fișa de identificare a factorilor de risc profesional, semnată și ștampilată de angajator.

NOTĂ:

Fac excepție: situația de faliment a întreprinderii și bolnavii aflați în evidența clinicii/secției de boli profesionale cu boală profesională.

- copie de pe carnetul de muncă sau alt document care atestă ruta profesională.

3. adeverință de salariat/talon de pensie;
4. buletin de identitate/carte de identitate;
5. adeverință de la DSP că este înregistrat cu boala profesională (declarată) din anul

ANEXA Nr. 6*) la normele metodologice

*) Anexa nr. 6 este reprodusă în facsimil.

Contractare servicii medicale în unități sanitare cu personalitate
juridică - definiții

VTC: Valoarea totală contractată;

S: Servicii medicale;

S-SC: Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă;

S-SZ: Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;

S-CM: Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;

NCE: Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate;

NCE-SC: Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă;

NCE-SZ: Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;

NCE-CM: Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, rezolvate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;

SC: Servicii medicale contractate;

SC-SC: Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, contractate;

SC-SZ: Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, contractate;

SC-CM: Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor, contractate;

TMNCE: Tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat;

TMNCE- Tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de SC: servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă;

TMNCE- Tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de SZ: servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;

NNCE: Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate;

NNCE-SC: Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă;

NNCE-SZ: Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;

NNCE- Număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, rezolvate după acordarea de CM: servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;

Formule de calcul:

SC-SC = TMNCE-SC * NNCE-SC

SC-SZ = TMNCE-SZ * NNCE-SZ

SC-CM = TMNCE-SZ * NNCE-CM

VTC = SUMĂ [SC-SC] + SUMĂ [SC-SZ] + SUMĂ [SC-CM]

ANEXA Nr. 7 la normele metodologice

Unitatea sanitară

Localitatea

Județul/Sectorul

Nr. contract cu Casa de Asigurări de Sănătate

.....

REFERAT MEDICAL*)

Subsemnatul/Subsemnata dr., medic primar/specialist, cu cod parafă |_|_|_|_|_|_|, transmit următoarele date în legătură cu starea de sănătate a domnului/doamnei, CNP

_____, cu domiciliul în _____, str. _____ nr. ____, județul/sectorul _____, de profesie _____, angajat/angajată (da/nu) la _____.

Este în evidență de la data de _____.

Diagnosticul clinic la data luării în evidență _____

Diagnosticul clinic actual _____

Examen obiectiv _____

A fost internat/internată în spital**) _____

Investigații clinice, paraclinice**) _____

Tratamente urmate _____

Plan de recuperare _____

Prognostic recuperator _____

*) Necompletarea tuturor rubricilor determină invalidarea referatului.

**) Se vor anexa rezultatele, biletele de ieșire din spital.

Se află în incapacitate temporară de muncă de la data de _____ și a totalizat un număr de _____

zile de concediu medical, la data de _____.

Propun, după caz:

a) prelungirea concediului medical, considerând că bolnavul/bolnava este recuperabil/recuperabilă, cu _____ zile, de la _____ până la _____;

b) pensionarea de invaliditate temporară, considerând că bolnavul/bolnava nu este recuperabil/recuperabilă în limitele duratei concediului medical prevăzut de lege.

Medic primar/specialist,

Nr. _____ data _____ (parafa și ștampila unității sanitare)

ANEXA Nr. 8 la normele metodologice

CERERE

pentru acordarea de dispozitive medicale

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII _____

Subsemnatul/Subsemnata _____, având codul numeric personal _____, domiciliat/domiciliată în localitatea _____, str. _____ nr. ____, bl. ____, sc. ____, et. ____, ap. ____, județul/sectorul _____, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria _____ nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, născut/născută la data de _____ în localitatea/județul _____, fiul/fiica lui _____ și al/a _____, angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la _____, solicit aprobarea achiziționării unui/unei _____ în conformitate cu art. 23 alin. (2) lit. f) și art. 24 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

În acest scop depun următoarele acte:

- recomandare medicală nr. _____ din data de _____

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că:

- sunt/nu sunt asigurat/asigurată;

- primesc/nu primesc din altă sursă un/o _____.

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restituie integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data _____

Semnătura

ANEXA Nr. 9 la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de, luna, anul, ora, la spitalul/policlinica din str. nr. ..., camera, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, pentru începerea procedurilor de protezare.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor sociale, Responsabil compartiment accidente de muncă și boli profesionale,

.....
(semnătura)

.....
(semnătura)

ANEXA Nr. 10 la normele metodologice

CERERE

de participare la curs de recalificare sau reconversie profesională

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, având codul numeric personal, domiciliat/domiciliată în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, posesor/posezoare al/a actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut/născută la data de în localitatea/județul, fiul/fiica lui și al/a, angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la, solicit aprobarea efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesională, în conformitate cu art. 29 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că sunt/nu sunt asigurat/asigurată.

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta, mă oblig să restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data

Semnătura

ANEXA Nr. 11 la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de, luna, anul, ora, la, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, din str. nr., camera, pentru aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor sociale, Responsabil compartiment accidente de muncă

.....

și boli profesionale,

(semnătura)
(semnătura)

ANEXA Nr. 12 la normele metodologice

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE
Casa Teritorială de Pensii

INVITAȚIE

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de ..., luna ..., anul ..., ora ..., la, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, din str. nr., pentru începerea cursului de recalificare sau reconversie profesională

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

Responsabil compartiment accidente de muncă
și boli profesionale,

.....
(semnătura)

ANEXA Nr. 13*) la normele metodologice

Către
CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru
accidente de muncă și boli profesionale

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator:

CUI: Nr. înreg. Reg. Comerțului: CNP angajator:

Durata contractului individual de muncă: nedeterminată --/determinată --

2. Date privind solicitantul:

(se completează de către solicitant)

a. Numele și prenumele:

Codul numeric personal:

Document de identitate: Seria ----- Nr. -----

Valabil până la data de: zi ----- luna ----- an -----

Domiciliat în localitatea:

Strada: ----- Nr. -----

Bloc ----- Scara ----- Etaj ----- Apart. -----

Sector/Județ:

b. Calitatea solicitantului:

-- angajat: -- funcționar public;

-- persoana asigurată cu contract individual -- ucenic, elev sau student;
de asigurare;

-- șomer -- alte persoane

-- membru de familie;

c. Prestația solicitată:

1. -- Indemnizație:

1.a. -- pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;

1.b. -- pentru reducerea timpului de muncă;

1.c. -- pe durata cursurilor de calificare și de reconversie profesională;

1.d. -- pentru incapacitate temporară de muncă.

Acte necesare:

Certificat de concediu medical Seria ----- Nr. -----
Ziua -- -- Luna -- -- Anul -- --

2. -- Compensație pentru atingerea integrității;

3. -- Despăgubire în caz de deces;

Acte necesare:

Certificat de deces: Seria ----- Nr. -----
(original și copie) Data -- -- / -- -- / -- --

Numele și prenumele decedatului:

Codul numeric personal al decedatului: -----

Categorie asigurat: -- salariat -- independent

Înscrierea eronată a datelor, se sancționează potrivit legii.

Data

Semnătura solicitantului

.....

.....

Semnătura și ștampila Angajatorului

.....

Semnătura și ștampila Instituției care administrează bugetul
Fondului Pentru plata ajutorului de șomaj

.....

ANEXA Nr. 14 la normele metodologice

GRILĂ

privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității

În conformitate cu prevederile art. 43 și ale art. 45 alin. (2) din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, în funcție de procentul de reducere a capacității de muncă, compensațiile pentru atingerea integrității se acordă conform tabelului de mai jos:

Nr. crt.	Procentul de reducere a capacității de muncă	Numărul de salarii medii brute acordate
1.	Între 20% și 25% inclusiv	2
2.	Între 25% și 30% inclusiv	4
3.	Între 30% și 35% inclusiv	6
4.	Între 35% și 40% inclusiv	8
5.	Între 40% și 45% inclusiv	10
6.	Între 45% și 50% exclusiv	12

ANEXA Nr. 15 la normele metodologice

CERERE

de rambursare a cheltuielilor

Către

Casa Teritorială de Pensii

Subsemnatul/Subsemnata,, în calitate de
(numele și prenumele)

reprezentant al, cu domiciliul/sediul în,

str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul,

CNP/CUI, cont bancar,

deschis la Banca¹⁾,

solicit rambursarea cheltuielilor ocazionate de:

transportul de urgență transport repatriere decedat

confecționarea de: ochelari

aparat acustic

proteză oculară

achiziționarea unui dispozitiv medical implantabil

pentru:, cetățenia,

(numele și prenumele victimei)

vârsta, CNP, cu domiciliul în,

str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...,

județul/sectorul, locul de muncă la care este încadrat,

sediul/domiciliul angajatorului în, str.

nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul

Categoria asigurat: salariat independent

Prezentarea pe scurt a împrejurărilor care au determinat transportul de urgență²⁾

.....

.....

.....

.....

.....

Cuantumul cheltuielilor este de ... lei.

Anexez la prezenta următoarele documente³⁾:

Data

Semnătura

¹⁾ Se completează numai în cazul în care solicitantul este persoană juridică.

²⁾ Se completează doar pentru cererile care se referă la transportul de urgență.

³⁾ Se anexează, după caz, chitanțe, facturi, declarație pe propria răspundere, în cazul în care solicitantul a fost victima accidentului.

ANEXA Nr. 16*) la normele metodologice

*) Anexa nr. 16 este reprodusă în facsimil.

FORMULAR PENTRU ÎNREGISTRAREA ACCIDENTULUI

DE MUNCĂ - FIAM Nr. _____

1. Înregistrat la Inspectoratul Teritorial de Muncă/Casa Teritorială de Pensii _____ în data de _____

2. Nr. accident la unitate/...../.....

Înregistrat la unitate în data de _____

DATE DE IDENTIFICARE A UNITĂȚII

3. Denumirea unității _____

4. Județ: _____

5. Localitate: _____

6. Forma de proprietate: _____

7. Mărimea unității: _____

8. Activitatea economică: _____

(se referă la activitatea principală a unității)

DATE DE IDENTIFICARE A ACCIDENTATULUI

9. Numele și prenumele: _____

10. Activitatea în care s-a accidentat victima: _____

11. Ocupație: _____

12. Statut profesional: _____

13. Sex: ___ 14. Vârsta: ___

Vechime 15. Muncă: ___ 16. Ocupație: ___ 7. Loc de muncă ___

DATE DESPRE MOMENTUL PRODUCERII ACCIDENTULUI

18. Zi: -- -- -- -- -- 19. Luna: -- -- -- -- -- 20. An: -- -- -- -- --
21. Zi săptămână: -- -- -- -- -- 22. Ora zi: -- -- -- -- --
23. Perioada de la începutul schimbului:

DATE DESPRE CONSECINȚELE PRODUCERII ACCIDENTULUI

24. Tip: -- -- -- -- --
25. Efect: -- -- -- -- -- 26. Loc. leziunii: -- -- -- -- --
27. Reluat activitatea la Zi: -- -- -- -- -- Luna: -- -- -- -- -- An: -- -- -- -- --

DATE DESPRE CARACTERISTICILE ACCIDENTULUI

28. Felul accidentului: -- -- -- -- --
29. Felul activității: -- -- -- -- --
30. Împrejurare: -- -- -- -- --
31. Mijloc de producție: -- -- -- -- --
32. Componenta: -- -- -- -- --
Cauze dependente de 33. executant: -- -- -- -- --
34. mijloc prod.: -- -- -- -- --
35. sarcina: -- -- -- -- --
36. mediu: -- -- -- -- --

Scurtă descriere a modului în care s-a produs accidentul:

Numele persoanei din unitate care poate de relații cu privire la completarea formularului:

telefon: _____

Semnătura conducătorului unității
Ștampila

Semnătura persoanei competente care
verifică formularul