



SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI

DEPARTAMENTUL PENTRU RELATIA CU PARLAMENTUL

B-dul Primăverii nr. 22, sector 1, București, Tel: 0213143400 int.3000, E-mail: drparlament@gov.ro

**Nr. 5971, 5972, 5973, 5975, 5976, 5955, 6035, 6036, 6037, 6038, 6060, 6061,
6062, 6063, 6046, 6047, 6033, 6034, 6059/2026**



21-05-2026

**Către: Doamna Deputat Oana MURARIU
Secretar al Camerei Deputaților**

Ref.la: Răspunsuri la întrebări/interpelări formulate de deputați

Stimată doamnă secretar,

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări/interpelări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu deosebită considerație,


NINI SĂPTINARU

SECRETAR DE STAT



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURARI DE SANATATE
CABINET PREȘEDINTE

Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București

E-mail: cabinet.presedinte@cnas.gov.ro. Tel. 0372 309270; Fax 0372 309271

Nr. 6000 / DRP
DATA 21-05-2026

4926A-

Nr. 1926A / 21-05-2026

Către,

21-05-2026

SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DEPARTAMENTUL PENTRU RELAȚIA CU PARLAMENTUL
Domnului Nini SĂPUNARU, SECRETAR DE STAT

Având în vedere adresa dumneavoastră nr. 4670/23.04.2026, înregistrată Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. HRM 3038/27.04.2026, prin care ne transmiteți întrebarea formulată de domnul deputat Adrian MOCANU, cu privire la domeniul de asistență medicală dentară, vă comunicăm următoarele:

În prezent, condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România sunt reglementate prin:

- **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății (Titlul VIII – Asigurările sociale de sănătate), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și actele normative subsecvente, respectiv:

- **Hotărârea Guvernului nr. 521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

- **Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile medicale finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate sunt acele servicii nominalizate în pachetele de servicii aferente fiecărui segment de asistență medicală prevăzute în anexa 1 la Hotărârea de Guvern nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare **și care sunt acordate de către furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.**

Asigurații au acces la servicii medicale pe diferite paliere de asistență medicală pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței, după caz, precum și la servicii conexe actului medical, în funcție de necesități, **cu respectarea condițiilor de acordare ale acestora reglementate prin actele normative aplicabile sistemului asigurărilor sociale de sănătate.**

Pachetul de servicii medicale de bază pentru medicina dentară acordat **persoanelor asigurate** în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, **tarifele aferente**, precum și **valoarea procentuală ce se decontează de casa de asigurări de sănătate** sunt reglementate la lit. A din anexa nr. 14 la **Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023**, cu modificările și completările ulterioare, atașată (în copie) la prezenta.

Persoanele neasigurate beneficiază de **Pachetul minimal de servicii medicale pentru medicina dentară** care este reglementat la lit. B din anexa nr. 14 la **Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023**, cu modificările și completările ulterioare, atașată (în copie) la prezenta.

Pentru actele terapeutice reglementate în **Pachetul minimal de servicii medicale pentru medicina dentară**, suma decontată de casa de asigurări de sănătate este în procent de 100%.

Referitor la informațiile solicitate, vă comunicăm următoarele aspecte:

Prin actele normative în vigoare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate **asigură aplicarea politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar, în coordonarea Ministerului Sănătății, în contextul asigurării echilibrului și utilizării eficiente a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate,**

Totodată, *Hotărârea Guvernului nr. 521/2023*, cu modificările și completările ulterioare, reglementează, în principal condițiile acordării asistenței medicale, asigurând respectarea prevederilor art. 258 alin (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

„(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.”

Bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, inclusiv alocarea pe segmente de asistență medicală (implicit și pentru medicină dentară) se aprobă de Parlament, la propunerea Guvernului, ca anexă la Legea bugetului de stat (potrivit dispozițiilor art. 274 alin. 1 din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare).

Casele de asigurări de sănătate contractează servicii de medicină dentară cu furnizorii de servicii de medicină dentară, conform prevederilor legale în vigoare și în limita sumelor prevăzute în buget cu această destinație.

Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se calculează în raport cu:

- suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- **gradul profesional.** Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;
- pentru **medicii din mediul rural** suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50% și se calculează cu încadrarea în fondurile aprobate prin *Legea anuală a bugetului de stat pentru asistența medicală stomatologică*.

Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru medicină dentară acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afisate la cabinetul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale **nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate** [art. 7 din anexa nr. 15 la *Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023*, cu modificările și completările ulterioare].

Referitor la o eventuală propunere de majorare a plafonului lunar pentru medicină dentară, precizăm că, deși Casa Națională de Asigurări de Sănătate a solicitat majorarea fondurilor alocate pentru segmentul de asistență medicală dentară și implicit creșterea sumei orientative lunare pentru medicul specialist în asistența medicală stomatologică, prin acte normative la nivel primar, această sumă se menține la nivelul de 6000 lei/lună.

Astfel, conform prevederilor de la alin (1) la ART. XXXII din *Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare*, cu modificările și completările ulterioare:

„(1) În anul 2026, suma orientativă/medic specialist în asistența medicală stomatologică se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025.”

Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 6.000 lei/lună pentru medicul specialist din mediul urban. Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;

Pentru **medicii din mediul rural** suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50%.

În situația în care există medici stomatologi cărora li s-a epuizat plafonul lunar, aceștia întocmesc liste de așteptare [lit. e) de la alin (1) la art. 3 din anexa nr. 15 la *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*, cu modificările și completările ulterioare].

Prin urmare, pentru anul 2026, suma orientativă/medic stomatolog specialist/lună la nivel național se menține la valoarea de 6.000 lei/lună, nivel valabil în trimestrul IV al anului 2025.

Având în vedere cele ce preced, facem precizarea că reglementările Contractului-cadru și ale Normelor sale metodologice de aplicare referitoare la furnizarea serviciilor de medicină dentară se elaborează de Casa

Națională de Asigurări de Sănătate în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul asistenței medicale dentare, precum și în urma negocierii cu Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR).

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin actele normative în vigoare, asigură aplicarea politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar, în coordonarea Ministerului Sănătății, în contextul asigurării echilibrului și utilizării eficiente a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate aprobat de Parlament la propunerea Guvernului, ca anexă la legea bugetului de stat [potrivit dispozițiilor art. 274 alin. (1) din *Legea nr. 95/2006*, republicată, cu modificările și completările ulterioare] și, ținând cont de condițiile acordării asistenței medicale care trebuie să fie în concordanță cu prevederile art. 258 alin (1) din *Legea nr. 95/2006*, cu modificările și completările ulterioare potrivit căreia, casele de asigurări încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.

În ceea ce privește numărul de cabinete dentare care încheie contracte cu casa de asigurări de sănătate în vederea furnizării de servicii stomatologice, în tabelul de mai jos este prezentată evoluția numărului de contracte, a medicilor stomatologi aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate (CAS) și a serviciilor medicale dentare raportate. Se observă o creștere a numărului contractelor aflate în derulare în perioada 2022 – 2024 (creștere cu 16%), cu reducerea nesemnificativă a numărului contractelor în 2025 (11 contracte). Numărul de medici a crescut constant în perioada 2022 - 2025, de la 5.071 la 6.657 (creștere cu peste 31%). De asemenea, numărul serviciilor medicale din pachetul de bază de medicină dentară efectuate a crescut semnificativ, de la 1.380.762 la 2.651.382 (aproape s-a dublat din 2022 până în 2025), atât pentru copii (0–18 ani), cât și pentru persoanele peste 18 ani. În același timp, se înregistrează o creștere a numărului beneficiarilor legilor speciale pentru care s-au acordat servicii stomatologice (mai mult decât dublare a numărului de beneficiari). În ansamblu, datele indică o extindere a activității și a accesului asiguraților la serviciile de medicină dentară.

ASISTENȚA MEDICALĂ DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU PENTRU SPECIALITATEA MEDICINĂ DENTARĂ				
Denumire indicator	AN 2022	AN 2023	AN 2024	AN 2025
Număr contracte aflate în derulare în ultima zi a trimestrului	3,231	3,561	3,748	3,737
Număr medici aflați în relație contractuală cu CAS, din care:	5,071	5,913	6,321	6,657
medici de medicina dentara primari	655	1,098	711	739
medici de medicina dentara specialisti	953	1,157	1,480	1,634
medici de medicina dentara	3,463	3,658	4,130	4,284
dentisti	2	2	2	1
Numarul serviciilor medicale raportate, din pachetul de servicii medicale de baza de medicina dentara (din fondul alocat asistentei medicale dentara), din care:	1,380,762	1,837,437	2,346,525	2,651,382
copii 0-18 ani	813,902	1,006,162	1,208,340	1,319,918
peste 18 ani	564,585	827,857	1,133,354	1,326,629
Beneficiari ai legilor speciale	2,275	3,418	4,831	4,835
Numarul serviciilor medicale de urgenta de medicina dentara raportate, din pachetul minimal de servicii medicale de medicina dentara, din fondul alocat asistentei medicale dentara	513	1,928	1,187	1,406

Casa Națională de Asigurări de Sănătate își manifestă disponibilitatea pentru găsirea de soluții optime care să asigure servicii de medicină dentară la momentul potrivit atât pentru copii și adulți cât și pentru persoanele din zonele rurale și defavorizate în mod echitabil și nediscriminatoriu.

Cu stimă,

PREȘEDINTE,
Conf. Univ. Dr. Horațiu-Remus MOLDOVAN

Anexa 1

(Extras din *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023* privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare).

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii 0 – 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.*)	Consultație - include controlul oncologic stomatologic, evidențierea plăcii bacteriene prin colorare, după caz și planul de tratament *) Se decontează o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copiii până la 18 ani.	149	100%	100%	100%
2.	Tratamentul cariei simple	157	100%	100%	100%
2.1.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	207	100%	60%	100%
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/ dinte	196	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie	269	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	314	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie	131	100%	100%	100%
7.1.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	76	100%	60%	100%
8.	Extracția dinților temporari cu anestezie	76	100%	60%	100%
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie	162	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	112	100%	100%	100%

	**) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
11.	Decapuşonarea	87	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	86	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă ***) Se decontează o dată la 4 ani.	1145		100%	100%
13.1. ****)	Reparație proteză ****) Se decontează de două ori pe an.	138		100%	100%
13.2. ****)	Căptușire proteză ****) Se decontează de două ori pe an	202		100%	100%
14.	Element protetic fizionomic	224	100%	60%	100%
15.	Element protetic semi-fizionomic	258	100%	60%	100%
16.	Reconstituire coroană radiculară	263	100%	60%	100%
17. *****)	Decondiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbuță și capelină	866	100%		
18.	Reeducarea funcțională prin exerciții, miogimnastică, etc./ședință	22	100%		
19. *****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	1.094	100%		
20.	Șlefuirea în scop ortodontic/ dinte	28	100%		
21. *****)	Reparație aparat ortodontic *1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă *****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.	583	100%	100%*1)	
22.	Menținătoare de spațiu mobile	656	100%		
23. *****)	Sigilare/dinte *****) O procedură decontată la 2 ani.	108	100%		
24.	Fluorizare (pe o arcadă dentară) *2) se decontează pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani	94	100%*2)		
25.	Detartraj cu ultrasunete și periaj profesional /ambele arcade/un serviciu/an/CNP	150	100%	100%	100%

NOTĂ: În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani - numai pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști și dacă nu realizează venituri din muncă, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară pentru care în tabelul de mai sus este prevăzut procentul de 60%.

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști/medicii stomatologi, cu excepția celor de la codurile 17, 19 și 21 din tabel.

2. Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la codurile 2.2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13.1, 13.2 și 21 din tabel.

3. Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 2.1, 4, 23 și 25 din tabel.

4. Formula dentară:

Dinți permanenți:

- 11 - incisiv central dreapta sus
- 12 - incisiv lateral dreapta sus
- 13 - canin dreapta sus
- 14 - primul premolar dreapta sus
- 15 - al doilea premolar dreapta sus
- 16 - primul molar dreapta sus
- 17 - al doilea molar dreapta sus
- 18 - al treilea molar dreapta sus
- 21 - incisiv central stânga sus
- 22 - incisiv lateral stânga sus
- 23 - canin stânga sus
- 24 - primul premolar stânga sus
- 25 - al doilea premolar stânga sus
- 26 - primul molar stânga sus
- 27 - al doilea molar stânga sus
- 28 - al treilea molar stânga sus
- 31 - incisiv central stânga jos
- 32 - incisiv lateral stânga jos
- 33 - canin stânga jos
- 34 - primul premolar stânga jos
- 35 - al doilea premolar stânga jos
- 36 - primul molar stânga jos
- 37 - al doilea molar stânga jos
- 38 - al treilea molar stânga jos
- 41 - incisiv central dreapta jos
- 42 - incisiv lateral dreapta jos
- 43 - canin dreapta jos
- 44 - primul premolar dreapta jos
- 45 - al doilea premolar dreapta jos
- 46 - primul molar dreapta jos
- 47 - al doilea molar dreapta jos
- 48 - al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

- 51 - incisiv central dreapta sus
- 52 - incisiv lateral dreapta sus
- 53 - canin dreapta sus
- 54 - molar dreapta sus

- 55 - molar dreapta sus
- 61 - incisiv central stânga sus
- 62 - incisiv lateral stânga sus
- 63 - canin stânga sus
- 64 - molar stânga sus
- 65 - molar stânga sus
- 71 - incisiv central stânga jos
- 72 - incisiv lateral stânga jos
- 73 - canin stânga jos
- 74 - molar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv central dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - molar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

5. În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

Data fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară și panoramică) și tomografii dentare CBCT (mandibulară, maxilară și bimaxilară) cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

7. Pentru beneficiarii legilor speciale tarifele aferente serviciilor prevăzute la codurile 1, 2, 2.1., 3, 5, 9 și 13 se suportă din fond în mod diferențiat, după cum urmează:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Afacerilor Interne, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru celelalte categorii de asigurați beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 100%;

8. Tarifele pentru actele terapeutice prevăzute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 20 și 23 sunt corespunzătoare pentru o unitate dentară - pentru un dinte.

9. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.