

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.....

Localitatea.....

Județul.....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU, APROBATE DE  
CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

LUNA .....ANUL.....

Nr. crt.	CNP asigurat/Cod unic de asigurare/numar de identificare personal	Denumirea serviciului de îngrijiri medicale la domiciliu/în griji paliative la domiciliu *)	Număr servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, pe zi																													Total servicii realizate	Total număr zile de îngrijire **)		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30	31
C0	C1	C2	C3																							C4	C5								
1																																			x
SUBTOTAL CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1																																			
2																																			x
SUBTOTAL CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2																																			
TOTAL GENERAL (Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 1 + Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 2 +.....)																																			

\*) conform anexei nr. 30 la Ordinul nr. 619/360/2014

\*\*\*) conform art. 9 alin.(3) din anexa nr.31 la Ordinul nr. 619/360/2014

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTE:

1. Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
2. Desfășurătorul din anexa 5-a se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu
3. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din anexa 5-a se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate

Furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la

domiciliu.....

Localitatea.....

.....

Județul.....

**DESFĂȘURĂTORUL ASIGURATIILOR CARE AU BENEFICIAT ÎN BAZA RECOMANDĂRII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU**

LUNA .....ANUL.....

Nr. crt.	CNP / Numar de identificare personal/Cod unic de asigurare asigurat	Medicul de specialitate care a făcut recomandarea	Cod parafa medic	Data emiterii recomandării pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data începerii episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Data sfârșitului episodului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Nr. zile în care s-au acordat îngrijirile medicale la domiciliu/îngrijirile paliative la domiciliu*)	Tarif **) /zi de îngrijire (lei)	Sumă decontată de CAS***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10=C8xC9
1									
Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1								x	
2									
Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2								x	
TOTAL GENERAL( Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 1 + Subtotal CNP/cod unic de asigurare/numar de identificare personal 2 +.....)								x	

\*) Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 1, col. C5 din Anexa 5-a

Subtotal CNP / Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2, col. C8 din Anexa 5-b = subtotal CNP/ Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal 2, col. C5 din Anexa 5-a

TOTAL GENERAL, col. C8 din Anexa 5-b = TOTAL GENERAL, col. C5 din Anexa 5-a

\*\*\*) Tariful/tarifele pe zi de îngrijire este/sunt prevăzut/prevăzute în decizia pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate și stabilit/stabilite în conformitate cu prevederile art.2 alin. (2), art. 5 alin.(2) și art. 9 alin.(3), alin.(4), alin.(5) și alin.(6) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014

\*\*\*\*) Conform art. 9 alin.(3), alin.(4), alin.(5) și alin.(6) din Anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014;

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

1. Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește lunar în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

2. Desfășurătorul din anexa 5-b se întocmește distinct pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din anexa 5-b se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.