

Casa de asigurări de sănătate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Județul

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume)
 Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....
 Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume)
 Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL
 DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ,
 PENTRU GRUPA copii 0 - 18 ANI**

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

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat/ Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii / luna	Tarif lei / serviciu conform Anexei nr. 14 lit.A	Total sumă realizată***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X	X		X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

**) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr.14 la Ordinul nr. 763/377/2016

***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr.15 la Ordinul nr. 763/377/2016

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale**

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-h se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-h se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Județul

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume) (nume prenume)
 Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA PESTE 18 ANI

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

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat/ Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif lei/ serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 x C8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

**) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 763/377/2016

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale**

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-i se completează lunar în două exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară. Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-i se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate.....
Furnizorul de servicii medicale.....
Localitatea.....
Județul

Reprezentant legal.....
Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină dentară/dentist.....
(nume prenume) (nume prenume)
Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....
CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ CUPRINSE IN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ, ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA BENEFICIARILOR LEGILOR SPECIALE

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

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat/ Cod unic de identificare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif lei / serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	% decontat de CAS***)	Total sumă realizată****) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 = C6 x C7 xC8
TOTAL			X	X		X	X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr.14 la Ordinul nr. 763/377/2016

**) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

***) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016 coroborat cu precizările de la pct. 7 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 763/377/2016

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-j se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară
Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-j se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.

Casa de asigurări de sănătate.....
 Furnizorul de servicii medicale.....
 Localitatea.....
 Județul

Reprezentant legal.....
 Medic de medicină dentară/dentist..... Medic de medicină dentară/dentist.....
 (nume prenume) (nume prenume)
 Grad profesional medic..... Grad profesional medic.....
 CNP medic/dentist..... CNP medic/dentist.....

**DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE DE URGENȚĂ DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN CADRUL PACHETULUI
 MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ**

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

Nr. crt.	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP/Număr de identificare personal/Cod unic de identificare	Cod*) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif lei / serviciu conform Anexei nr. 14 lit. A	Total sumă realizată***) (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8 = C6 x C7
TOTAL			X			X	

*) se trece nr. de cod conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

**) codul formulei dentare este conform pct. 4 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la pct. 2 de la litera A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 763/377/2016

***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr.15 la Ordinul nr. 763/377/2016

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale**

.....

NOTĂ: Desfășurătorul din Anexa 2-k se completează lunar în doua exemplare de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, din care un exemplar se depune/transmite de către acesta la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

Pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, desfășurătorul din Anexa 2-k se transmite la casa de asigurări de sănătate numai în format electronic.