

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 0 - 18 ANI

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

Nr. crt	Nr. Fișa sau Registru consultații	CNP asigurat/ Număr de identificare personal/Cod unic de asigurare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii / luna	Tarif / 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. crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014
 **) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr.14 la Ordinul nr. 619/360/2014
 ***) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr.15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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 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 asigurare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif / 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.crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

****) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

*****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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 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 ÎN PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ,
 ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ, PENTRU GRUPA ASIGURAȚILOR BENEFICIARI AI LEGILOR SPECIALE**

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

Nr. crt	Nr. Fisa sau Registru consultatii	CNP asigurat/ Cod unic de asigurare	Cod *) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif / 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.crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr.14 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

****) % este conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr.619/360/2014 coroborat cu precizările de la lit. A pct. 7 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

*****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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 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 asigurare	Cod*) serviciu	Cod formulă dentară**)	Total servicii/luna	Tarif / 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.crt. serviciu conform tabelului de la lit. A din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

***) codul formulei dentare conform literei A pct. 4 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

Serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt cele precizate la lit.A, pct. 2 din Anexa nr. 14 la Ordinul nr. 619/360/2014

****) se decontează în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Anexa nr.15 la Ordinul nr. 619/360/2014

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 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.