ANEXA 2 C

Casa de asigurări de sănătate Mureș

Furnizorul de servicii medicale

………………………………………………………..

Reprezentantul legal al furnizorului

............................... .......................................................

CUI ………………………………………

Localitate .................................................. Judeţ .........................

Medic de familie/ .........................................................................

(nume, prenume)

CNP medic de familie/ .................................................

Cod parafă .........................

**NOTIFICARE**

Subsemnatul(a), ........................................................................ legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......, nr. .........., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

În perioada: de la |\_||\_|/|\_||\_|/|\_||\_||\_||\_|

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

până la |\_||\_|/|\_||\_|/|\_||\_||\_||\_|

(....... zile lucrătoare), medicul de familie ..................................................................................., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......, nr. ............, va fi în vacanţă, acordarea serviciilor medicale pentru asiguraţii înscrişi pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie ................................................................... care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..................................................................... având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ......................................, str. ....................................... …………nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., CUI……………….. telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail ................................................................, contract cu CAS Mureș…..….;

- medicul de familie ................................................................... care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..................................................................... având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ......................................, str. ....................................... …………nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., CUI……………….. telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail ................................................................, contract cu CAS Mureș…..….;

- medicul de familie ................................................................... care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..................................................................... având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ......................................, str. ....................................... …………nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., CUI……………….. telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail ................................................................, contract cu CAS Mureș…..….;

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Data

……………………..

Reprezentant legal

nume şi prenume .......................................................

semnătura ....................

\*) Prezenta **notificare** se întocmește pentru situaţiile în care, pentru perioada de vacanţă, medicul de familie nu încheie convenţie de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

a) consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;

b) consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice;

c) consultaţii pentru afecţiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele de pe lista proprie.

Medicul are obligaţia să afişeze la cabinet, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta şi datele de contact ale acestora.

Pentru cazurile de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC confirmaţi, în această situaţie, precum şi pentru celelalte perioade de absenţă, medicul de familie îndrumă pacientul către dispensarul TBC teritorial şi anunţă în prealabil dispensarul cu privire la aceste cazuri; în luna respectivă casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciul de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC.