**ANEXA 4**

**- model -**

 Vizat

 Casa de Asigurări de Sănătate .....................

**CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE\*)**

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. ...........)

 **între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor**

 **I. Părţile convenţiei de înlocuire:**

 Dr. ...............................................................,

 (numele şi prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical ........................, cu sediul în municipiul/oraşul ............, str. ................. nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţ/sector .........., telefon: fix, mobil, .............. adresa de e-mail ................ fax ................., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .........., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ......................., cont nr. ............. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. .................... deschis la Banca ................., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ............ sau codul numeric personal al reprezentantului legal ..................

 Medicul înlocuit ..........................

 (numele şi prenumele)

 şi

 Medic înlocuitor .........................,

 (numele şi prenumele)

 Codul de parafă ...........................

 Codul numeric personal ....................

 cu Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .............

 **II. Obiectul convenţiei:**

 1. Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ..........................., cu contractul nr. ........, pentru o perioadă de absenţă de .............., de către medicul de familie ..........................

 2. Prezenta convenţie se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absenţă în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.

 **III. Motivele absenţei**

 1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an ..............

 2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic .........

 3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an .........

 4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an ..................

 5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an ............

 6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.

 **IV. Locul de desfăşurare a activităţii**

 Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) - ..................................

 **V. Obligaţiile medicului înlocuitor**

 Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

 În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

 **VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor**

 1. Venitul "per capita" şi pe serviciu medical pentru perioada de absenţă se virează de Casa de Asigurări de Sănătate ........................ în contul titularului contractului nr. ................., acesta obligându-se să achite medicului ................... înlocuitor .................... lei/lună.

 2. Termenul de plată .....................................................

 3. Documentul de plată ...................................................

 **VII.** Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ............, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. .............. al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

 Reprezentantul legal al cabinetului medical, Medicul înlocuitor

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

 (nume şi prenume) (nume şi prenume)

------------

 \*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă în limita a două luni/an.

 **Vizat,**

 **Casa de Asigurări de Sănătate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONVENŢIE DE RECIPROCITATE\*)**

încheiată în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătatenr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 -2022

 **I. Părţile convenţiei de reciprocitate:**

 Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.U.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ judeţul/sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adresa de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având contractul nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de medic înlocuit.

 şi

 Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.U.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa cabinetului medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ judeţul/sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adresa de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de medic înlocuitor.

 **II. Obiectul convenţiei:**

 Preluarea activităţii medicale în perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pentru un nr. de \_\_\_\_\_\_\_ zile lucrătoare.

 **III. Motivele absenţei:**

 1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an ..............

 2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic .........

 3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an ...........

 4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an ...................

 5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an ..............

 6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.

 **IV. Locul de desfăşurare a activităţii:**

 Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa cabinetului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru după necesităţi.

 **V. Obligaţiile medicului înlocuitor:**

 În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

 **VI. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ............. şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

 Medic înlocuit, Medic înlocuitor,

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

 (nume şi prenume) (nume şi prenume)

 Precizări:

 \*) Convenţia de reciprocitate se încheie pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare.

 Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare, pe an calendaristic.

 Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea.