**Anexa 1-a**

|  |  |
| --- | --- |
| Casa de asigurări de sănătate |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Reprezentantul legal al furnizorului |
| Furnizorul de servicii medicale | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Medic de familie  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Localitate:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (nume prenume) |
| Județ:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | CNP medic de familie | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**I. LISTA PERSOANELOR ASIGURATE BENEFICIARE ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ**

**Grupa de vârstă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr. crt.* | *Numele și prenumele asiguratului* | *Gen\*\*)* | *Cod numeric personale / Cod unic de identificare* | *Adresa asiguratului* | *Vârsta împlinită\*)* | *Codul categoriei din care face parte asiguratul \*\*\*)* | *Data înscrierii pe listă* | *Data ieșirii de pe listă* |
| *M* | *F* |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

\*\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

\*\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b

**Anexa 1-a**

(continuare)

**II. LISTA PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETULUI MINIMAL DE SERVICII MEDICALE**

**Grupa de vârstă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr. crt.* | *Nume și prenume* | *Gen\*\*)* | *Cod numeric personale / Cod unic de identificare* | *Adresa* | *Vârsta împlinită\*)* | *Data înscrierii pe listă* | *Data ieșirii de pe listă* |
| *M* | *F* |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

\*\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

**Anexa 1-a**

(continuare)

**III. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/ SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/ DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ**

**Grupa de vârstă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*)**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

 A - Data înscrierii pe listă;

 B - Data ieșirii de pe listă.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr. crt.* | *Nume și prenume* | *Gen\*\*)* | *Tipul de formular/ document european (E106,E109, S2, E120, E121/S1)* | *Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare* | *Statul membru UE / SEE /Confederaţia Elveţiană/ Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord competent* | *Vârsta împlinită\*)* | *Codul categoriei din care face parte asiguratul \*\*\*)* | *A* | *B* |
| *M* | *F* |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

\*\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

\*\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b

NOTĂ:

1. Formularele din anexa 1-a se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale.

În vederea contractării, formularele din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, atât pentru medicii nou veniţi cât şi pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza:

* ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acestora, în funcţie de mişcarea lunară a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pe baza anexei 1-c;

şi/sau

* în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

2. Datele din liste se vor completa cu majuscule.

3. Formularele I şi III din anexa 1-a se întocmesc lunar şi se transmit la casa de asigurări de sănătate, în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale care a încheiat act adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis).

Formularele I şi III din anexa 1-a vor fi raportate în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale la data încheierii actului adiţional la convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pentru ecografii generale (abdomen şi pelvis), indiferent de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie.

Reprezentantul legal al furnizorului,

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

semnătură electronică extinsă/calificată

Confirmat de casa de asigurări de sănătate

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

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexa 1-a**

(continuare)

**IV. LISTA PERSOANELOR DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII**

**Grupa de vârstă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*)**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

 A - Data înscrierii pe listă;

 B - Data ieșirii de pe listă.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr. crt.* | *Nume și prenume* | *Gen\*\*)* | *Tipul de document de deschidere de drepturi\*\*\*\*)* | *Număr de identificare personal/ Cod unic de identificare* | *Statul cu care RO a încheiat documentejuridice internaţionalecu prevederi în domeniul sănătăţii* | *Vârsta împlinită\*)* | *Codul categoriei din care face parte asiguratul \*\*\*)* | *A* | *B* |
| *M* | *F* |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\*) Grupa de vârstă, respectiv vârsta împlinită se completează conform art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 1 și NOTA 1 din anexa nr. 2 la Ordinul

 MS/CNAS nr. 1068/627/2021.

\*\*) Se va bifa genul persoanei asigurate.

\*\*\*) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b

\*\*\*\*) SRB/RO106, SRB/RO109, SRB/RO121, QUE/RO/106, TR/R3, TR/R4, TR/R5, TR/R6.