FORMULAR CU REGIM SPECIAL

VIZA PLĂTITORULUI

Data/Semnatură/Ștampilă

Motivul refuzului la plată

LUAT ÎN EVIDENȚĂ

Medic de familie

Data/Semnatură/Ștampilă

Urgență medico chirurgicală

Boli Infectocontagioase din grupa A

Data/Semnatură/Ștampilă

Inițial

În continuare

Seria certificatului inițial:

Semnatura/stampila angajatorului

Semnatura/stampila medicului de familie

Luna in curs pentru care a fost eliberat

Anul in curs

Se bifeaza initial sau in continuare in functie de situatie

Se completeaza codul daca este urgenta medico-chirurgicala (06)

Se completeaza daca este boala infecto-contagioasa din grupa A (05)

Se completeaza doar daca s-a bifat in continuare cu numarul si seria certificatului initial

CERTIFICAT DE CONCEDIU MEDICAL Seria .....Nr.....

Valabil pentru luna ____ (in litere) anul 20 ____ pt. Cod indemnizație (1-15) ____

Seria si numarul certificatului medical

Codul de indemnizatie (in cifre si litere)

Casa de sanatate unde este asigurat angajatul

Asigurat în evidența la CAS .....

Numele și prenumele

Numele si prenumele angajatului (separate intre ele cu o casuta libera)

Cod numeric personal

CNP angajat

Adresa de domiciliu a angajatului

Domiciliu, reședință: Localitatea

Strada: Nr. Bl.

Scara Etaj Apart. Județ/Sector ____

Bifa care atesta forma clinica a bolii

Numarul de zile calendaristice aferente perioadei de concediul medical

Prima zi a concediului medical

Ultima zi a concediului medical

Codul de diagnostic

Numarul din Registrul de consultatii pentru pacientii ingrijiti in ambulatoriu sau numarul foii de observatie pentru pacientii internati

Se alege forma de internare si sectia (daca e cazul) prin taierea cu o linie a celei nepotrivite

Data consultatiei sau a externarii

Nr. INREG.: (RC/FO)	Data acordării zi/lună/an	Nr. zile	De la zi/lună/an	Până la zi/lună/an	Cod diagnostic	Acut	Subacut	Cronic
Ambulator/internat in spital secția								
Concediu medical la externare								
	Z Z L L A A		Z Z L L A A	Z Z L L A A				

Unitate sanitară emitentă:

Nr. convenție ..... cu C.A.S. .....

Numarul conventiei incheiate cu casa de asigurari si numele acesteia

Ștampila Unității: ____

Stampila unitatii emitente

Medic/Semnătură/Parafă

Medic Șef Secție/Semnătură/Parafă

Semnatura si parafa medicului care a acordat medicalul

Semnatura si parafa medicului - sef al sectiei de unde a fost externat pacientul

CUI (cod unic de inregistrare)

Cod parafă

Cod parafă

Cod unic de inregistrare a unitatii

Sectiunea se completeaza de societatea angajatoare

PLĂTITOR: ____ Sediul: ____ C.U.I.:

Număr angajați:

Tip asigurat: Salariat: Funcționar public: Autoritatea electivă, executivă, legislativă, judecătorească: Membru cooperator Șomer

Asigurat cu declarație de asigurare pentru concedii și indemnizații

Asigurat cu contract de asigurare pontru accidente de munca si boli profesionale

Procent plată: 75% 80% 85% 100% Prevenire

Baza de calcul a indemnizației de asigurări sociale de sănătate	Zile baza de calcul	Media zilnica a bazei de calcul a indemnizației de asigurări sociale de sănătate	Cuantumul indemnizației de asigurări sociale de sănătate

Indemnizatie suportată de către angajator		Indemnizație suportată din bugetul FNUASS pentru concedii și indemnizații		Indemnizație suportată din fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionate	
Zile	Lei	Zile	Lei	Zile	Lei

Avizul medicului expert

Nr:

Data: Z Z L L A A

Nume si prenume medic Expert al asigurărilor sociale

Cod parafă

Aviz Casa Teritorială de Pensii

Data: Z Z L L A A

Semnătura și ștampilă

Aviz Direcția de Sănătate Publică

(pentru boală profesională)

Z Z L L A A

Semnătura și ștampilă

Aviz concediu de risc maternal

Medic medicina muncii/Semnatură Parafă

Cod parafă

Avizul medicului expert al Comisiei Medicale

Avizul Casei de Pensii in cazul accidentelor de munca

Avizul medicului de medicina muncii in cazul concediului de risc maternal

Avizul Directiei de Sanatate Publica in cazul bolilor profesionale

Semnatura primire asigurat

Semnătura de primire asigurat ____ (in litere)

Data primirii ____ (in litere)

Data cand a primit asiguratul certificatul

avocatoo

Ne place sa facem dreptul sa fie simplu!

avocatoo.ro

MODEL UNIC CERTIFICAT MEDICAL