Formular nr. 1-29/d

Se prezintă la CNAM (agenţia teritorială) lunar
până la data de 5 a lunii următoare

aprobat prin ordinul comun MS şi CNAM

nr. 448/111-A din 23.06.2010

codul

_____
denumirea instituţiei medico-sanitare

DAREA DE SEAMĂ

despre acoperirea cheltuielilor pentru alimentaţie şi transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul în condiţii de ambulator în faza intensivă a persoanelor asigurate bolnavi cu tuberculoza (caz nou şi readmis) fără eliminări M.Tuberculosis

pentru luna _____ 200__

Nr. d/o	Nume, prenume	Numărul poliţei de asigurare	Număr de identificare	Diagnostic (CIM-X)	Cod diagnostic (CIM-X)	Numărul de bonuri pentru alimentaţie	Cheltuieli pentru alimentaţie (lei, bani)	Numărul de tichete (abonamente) pentru transportul public	Cheltuieli pentru transportul public (lei, bani)
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*8*	*10*
TOTAL		X	X	X	X	X		X	

Conducătorul instituţiei medico-sanitare _____

Contabil-şef _____

L.Ş.