



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ

Str.Grivita, nr.30, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126

E-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950

casj-gj@targujiu.rdsnet.ro

0353 805 872 / 0353 805 873

Fax: 0253 223 621

TelVerde: 0800 800 963

Operator de date cu caracter personal numarul: 374

Nr 18464/20.10.2011

Către furnizorii de medicamente și materiale sanitare
In atenția reprezentantului legal

Având în vedere **Ord. Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 819/13.10.2011** privind *avizarea/aprobarea cererilor de cesiune de creanță formulate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate*, vă aducem la cunoștință că odată cu intrarea în vigoare a acestuia, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale nu vor putea cesiona creanțele rezultate din contractele încheiate cu CAS Gorj decât cu aprobarea CAS Gorj.

Pentru obținerea aprobării CAS Gorj privind cesionarea de creanțe, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale au obligația de a depune următoarele documente:

- Cererea de cesiune formulată de către furnizorul de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale,
- Numărul de contract încheiat între Casa de Asigurări de Sănătate și furnizor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale,
- Contractul de cesiune de creanță încheiat de furnizorul de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale cu operatorul economic – cesionar,
- Centralizator cu facturile care fac obiectul cesionării care să cuprindă următoarele date:
 - A) seria și numărul fiecărei facturi cesionate
 - B) data emiterii fiecărei facturi cesionate
 - C) suma fiecărei facturi cesionate *
- Certificat de atestare fiscală privind furnizorul de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale valabil la data depunerii cererii de cesiune de creanță.

* In cazul în care o factură mai este cesionată anterior depunerii cererii, se va specifica suma cesionată anterior și operatorul economic către care a fost cesionată.

Cererea de cesiune de creanță va respecta modelul anexat la prezenta adresă.

Pot face obiectul cesiunii facturile care au viza "bun de plată" acordată de casele de asigurări de sănătate.

Casa de Asigurări de Sănătate Gorj va emite acordul nefavorabil pentru facturile care:

1. Au fost plătite anterior cererii depuse la casa de asigurări de sănătate
2. Au fost anterior cesionate către o altă persoană fizică sau juridică
3. Formează obiectul unui litigiu în contradictoriu cu casa de asigurări de sănătate
4. Nu au viza "bun de plată", au fost refuzate ori stornate sau care au fost emise fără să existe temei contractual
5. Alte situații potrivit reglementărilor legale în vigoare.

PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL
Ec GHEORGHE GOCINA



DIRECTOR DIRECȚIA RC
Ec DANIEL ȘURLEA

INTOCMIT,
Farm. CARMEN GORUN

Către,
CASA DE ASIGURARI DE SANATATE GORJ

CERERE

Subscrisa SC SRL/SA, cu sediul social in , cu număr de ordine la oficiul Registrului Comerțuluiși număr de contract cu CAS Gorj....., reprezentată legal prin....., prin prezenta vă solicităm acordul pentru cesionarea creanței în valoare de.....lei, reprezentând contravaloarea facturilor, conform tabelului:

Nr. crt.	Seria / numar factura cesionata	Data emiterii facturii cesionate	Valoarea factura cesionata	Suma cesionata
1.				
2.				
3.				

Către SCSRL/SA cu sediul social în....., având Cod Unic de Înregistrare, cu număr de ordine la Oficiul Registrului Comerțului J...../....., în baza contractului de cesiune de creanță nr., încheiat între SCSRL/SA în calitate de cedent,

În condițiile emiterii acordului favorabil, vă rugăm să virați direct în contul cesionarei, SC.....SRL/SA, respectiv RO....., deschis la Trezoreria, suma aferentă facturilor cesionate de acestea.

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila societății)

Data