



**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
BISTRIȚA – NĂSĂUD**

420095– Bistrița , str. Grănicerilor , nr.5

tel : 0263/213138;fax : 0263/213201

**CAS
BISTRIȚA NĂSĂUD**

CF : 11320078

e-mail:info@casbn.ro

Cont : 301511320078

Nr.....

- Serviciile medicale prestate au necesitat autorizarea prealabila a CAS: DA NU
- Serviciile medicale prestate au necesitat bilet de internare : DA NU

AVIZAT MEDIC SEF CAS-BN

.....

CERERE H.G.nr.304/2014

**pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate pe teritoriul unui stat membru al
Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv Confederației Elvețiene**

Către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate BISTRITA-NASAUD

Adresa:Str.Granicerilor,nr.5-Bistrita

Prin prezenta, subsemnatul(a),*1), domiciliat(ă) în localitatea
....., str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul, telefon, în calitate de:

|—| asigurat, codul numeric personal

|—| membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau persoană împuternicită al/a asiguratului
.....*2), având următoarele date de identificare: codul numeric personal
....., domiciliul în localitatea, str. nr.
...., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate pe teritoriul statului
....., pentru prestatii de boala/maternitate,in
perioada.....

si achitata de mine la data de.....,conform document/chitanta de plata in
format original nr.....din data de.....

Solicit ca rambursarea contravalorii asistenței medicale să se realizeze in conditiile si la nivelul
tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de
sănătate din România în vigoare la data efectuării plății-H.G. nr.304/2014,cu modificarile si
completarile ulterioare.

Anexez prezentei cereri de rambursare următoarele documente:

- copie act de identitate
- documente în original, care dovedesc efectuarea plății;
- copiile*3) documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de care am beneficiat.

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr.*4), deschis la*5), numele/prenumele beneficiarului contului, CNP beneficiar cont

Am fost informat (ă) cu privire la prevederile Regulamentului CE 679/26 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și în consecință, îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul CAS-BN.

Semnătura solicitantului

.....

*1) Numele și prenumele solicitantului.

*2) Numele și prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.

*3) Certificate "conform cu originalul" și semnate de solicitant.

*4) Codul IBAN aferent contului în care se solicită rambursarea; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.

*5) Banca la care este deschis contul în care se solicită rambursarea sumei; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.