

Nr. /

CERERE

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

Stimată doamnă președinte-director general,

Prin prezenta, subsemnatul(a),, domiciliat(ă) în localitatea, str. nr., bl., sc., ap., județul....., telefon, adresa e-mail..... în calitate de:

|—| asigurat, codul numeric personal

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

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale de care am beneficiat pe teritoriul statului UE/SEE....., în perioada....., în suma totală de....., conform documente justificative pe care le atasez.

Anexez prezentei următoarele documente justificative:

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

Am luat la cunostinta de faptul ca dupa analiza documentelor justificative depuse ,se va proceda la incadrarea cererii mele in contextul actului normativ aplicabil-Ordinul CNAS nr.729/2009, respectiv H.G.nr.304/2014, urmand ca ulterior sa imi exprim optiunea privind nivelul tarifelor la care se va realiza rambursarea.

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

.....