

## Domnule/Doamnă Director General

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_,  
cu domiciliul în \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
bloc. \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, apartament \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, legitimat cu  
B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, C.N.P. \_\_\_\_\_, în  
calitate de:

- Beneficiar**
- Împuternicit/reprezentant legal al beneficiarului:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_,  
strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc. \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, apartament \_\_\_\_\_, telefon  
\_\_\_\_\_, legitimat cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, C.N.P.  
\_\_\_\_\_ în calitate de:

(se va bifa una din căsuțe, pentru împuternicit)

- soț/soție**
- rudă de gradul I (părinți, fiu/fiică)**
- rudă de gradul II (bunic/nepot, frate/soră)**
- persoană împuternicită prin procură notarială sau act de reprezentare prin avocat**
- reprezentant legal al beneficiarului**

În vederea depunerii cererii însoțită de actele anexate, vă solicit să aprobați emiterea **Deciziei de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical** \_\_\_\_\_

conform prescripției medicale.

Solicit transmiterea deciziei prin poștă la adresa specificată mai sus: DA/ NU.

Declar pe proprie răspundere că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv.

Am luat la cunoștință faptul că decontarea dispozitivului medical se realizează la nivelul prețului de referință valabil la data emiterii deciziei de către CAS Botoșani.

Prin punerea la dispoziție a datelor cu caracter personal în prezentul înscris sunt de acord cu prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul cererii.

Anexez următoarele documente în ordinea enumerată:

**Pentru adulți (se va bifa unde este cazul):**

- Prescripția medicală (Anexa 39 B) în original și copie,
- Copie B.I./C.I. beneficiar;
- Copie B.I./C.I. solicitant;
- Certificat de încadrare într-un grad de handicap (daca este cazul);
- Adeverință de salariat după caz.

**Pentru copii (se va bifa unde este cazul):**

- Prescripția medicală (Anexa 39 B) în original și copie,
- Copie după certificatul de naștere sau copie BI/CI;
- Copie BI/CI al părintelui (aparținătorului), pentru copii între 0 și 18 ani;

**Pentru proteză auditivă:** audiogramele în original.

**Pentru lentilă intraoculară(cristalin)** : biometria în original, care să conțină numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării.

**Pentru echipamentele de oxigenoterapie și ventilație noninvazivă** – Prescripțiile medicale trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive. (conform punct 9 din anexa 38 la Norme).

Alte mențiuni, după caz (programare la operație, cazuri cu afecțiuni multiple etc.)

**Mă angajez să comunic orice modificare a datelor sus menționate, iar în caz contrar CAS Botoșani este exonerată de consecințele negative care decurg.**

Data \_\_\_\_\_

Semnătura solicitantului \_\_\_\_\_

**Domnului/Doamnei Director General  
al/a Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani**

-----

Spațiu rezervat C.A.S. Botoșani

**VERIFICAT ,**