

ANEXA 1

**LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A ECHIPAMENTELOR
PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ
NR. /**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

PENTRU FOTOLII RULANTE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

**PENTRU ECHIPAMENTE PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ
A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE**

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					