



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762,
Tel. 0264-407.100; 0264-407.136; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800 800 974

Către,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ

Subsemnatul(a),....., asigurat al C.A.S. Cluj,
(nume, prenume)

domiciliat (ă)
(str., nr, localitate, judet)

posesor al BI/CI seria.....nr.CNP.....

solicit eliberarea unei decizii de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical (denumirea produsului):

conform recomandării medicului de specialitate / medicului de familie, aflat în relație contractuală cu C.A.S.Cluj

Anexez la prezenta cerere următoarele documente :

- Recomandare medicală întocmită de un medic specialist / medic de familie (dupa caz) aflat în relație contractuală cu C.A.S , in 2 exemplare, original si copie,formular tip –anexa 39B, Ord. MS/CNAS/1857/441/2023 .

- Declarație pe proprie răspundere, conform anexei

- BI/CI in copie, pentru asigurat

- Certificat de handicap, in copie (dupa caz)

- Cupon de pensie , in copie pt.asigurat

Decizia de aprobare pentru dispozitive medicale se poate solicita prin:

- ridicarea deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical de la sediul C.A.S. Cluj,

- transmiterea deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, prin posta

la adresa –pacientului

- Sau alta adresa de corespondenta (str., nr, localitate, judet)

- Pe adresa de e-mail

NR.TELEFON PACIENT

Data.....

Numele, prenumele persoanei asigurate

.....

Semnătura.....

NOTA Documentele pot fi transmise la CAS CLUJ pe adresa de email : relatiipublice@cascluj.ro



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762,
Tel. 0264-407.100; 0264-407.136; Fax: 0264-530597
E-mail: administrativ@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800 800 974

ANEXA

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a), asigurat(ă) al C.A.S. Cluj

.....

(nume, prenume)

domiciliat (ă) în

(adresa completă)

.....:posesor al BI/CI seria.....nr.

CNP.....

cunoscând prevederile art. 323, 326 Cod Penal privind uzul de fals și falsul în declarații, declar pe propria răspundere următoarele:

- mă angajez să suport diferența dintre prețul de livrare al dispozitivului medical și
cuanumul sumei aprobate.

- mă oblig sa remit la C.A.S. CLUJ decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului
medical, emisa pe numele meu, in situatia in care voi intelege sa renunt la beneficiul acordat prin
intermediul acesteia.

Declar, semnez și susțin,

Data.....