CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ
Str. Constanţa nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Judeţul 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 JUDEŢULUI 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 relaţie contractuala 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 relaţie contractuala cu C.A.S , in 2 exemplare, original si copie,formular tip –anexa 39B, Ord. MS/CNAS/1857/441/2023 .
- Declaraţie 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 CLUJ
Str. Constanţa nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Judeţul 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

ANEXA
DECLARAŢIE 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 şi falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere următoarele:
- mă angajez să suport diferenţa dintre preţul de livrare al dispozitivului medical şi cuantumul 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 şi susţin,
Data……