CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762,
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; 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

IMPUTERNICIT
Subsemnatul(a),....., asigurat al C.A.S. Cluj,
(nume, prenume)
domiciliat (ă) .....posesor al
(str., nr, localitate, judet)
BI/CI seria.....nr. .....CNP.....
Cunoscand prevederile privind falsul de identitate, faptă prevăzută și pedepsita de art. 327 Cod Penal, în calitate de :
-sot/sotie
-parinte, bunici, frate/sora, nepot/nepoata de bunic/bunică
-imputernicitul/reprezentantul legal al asiguratului:
ASIGURAT(PACIENT)
Mă adresez CAS CLUJ în numele asiguratului.....
Domiciliat(ă) în .....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 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 relație contractuala cu C.A.S , in 2exemplare, original si copie,formular tip –anexa 39B, Ord. MS/CNAS/1857/441/2023.
- Declarație pe proprie răspundere, conform anexei.
- Cupon de pensie sau adeverinta salariat in copie.
- BI/CI in copie, pentru asigurat si imputernicit.
- Certificat de handicap, in copie (dupa caz).
- Documentul care atesta calitatea de reprezentant legal (cand persoana este institutionalizata).
- Documentul care atestă calitatea de imputernicit legal -Procura notarială.
Decizia de aprobare 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 a imputernicitului_____
NR.TELEFON IMPUTERNICIT .....
Data.....
Numele, prenumele persoanei imputernicite
.....
Semnătura.....
NOTA Documentele pot fi transmise la CAS CLUJ pe adresa de email : relatiipublice@cascluj.ro

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.

Prin prezenta declaraţie **împuternicesc pe numitul(a)** (dacă este cazul):

.....
(nume, prenume)

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

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

CNP

□ să depună la C.A.S. Cluj, în numele meu, si pentru mine, cererea însoţitoare de documentele prevăzute de actele normative în vigoare ;

□ sa ridice in numele meu, si pentru mine, decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical.

□ să primească în numele meu şi pentru mine pe emailul lui decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical.

Declar, semnez şi susţin,

Data.....