



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

COPIIL

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

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

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

Cunoscand prevederile privind falsul de identitate , faptă prevăzută și pedepsita de art.327

Cod Penal, în calitate de :

-parinte, bunici, frate/sora,

-imputernicitul/reprezentantul legal al asiguratului COPIL.....

Mă adresez CAS CLUJ în numele asiguratului.....

Domiciliat(ă) inposesor 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 2 exemplare, original si copie,formular tip –anexa 39B,
Ord. MS/CNAS/1857/441/2023 .

- Declarație pe proprie răspundere, conform anexei;

- Certificatul de nastere in copie, pentru copii de pana la 14 ani;

- BI/CI in copie, pentru asigurat copii 14-18 ani;

- 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.....

Telefon Compartiment Preluare Cereri Dispozitive 0264-407122

NOTA Documentele pot fi transmise la CAS CLUJ pe adresa de email :

relatiipublice@cascluj.ro

ANEXA

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

(Parinte/imputernicit legal, reprezentant legal)

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.....