



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762, Cont RO16TREZ21627621620XXXXX
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.casan.ro/cascluj
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800 800 974

Către,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cunoscând prevederile privind falsul de identitate, faptă prevăzută și pedepsită de art. 327 Cod Penal, în calitate de:

- soț/soție
- parinte, bunici, frate/sora, nepot/nepoata de bunic/bunica
- imputernicit legal al asiguratului

COPIL

Ma adresez C.A.S. CLUJ în numele asiguratului:
Domiciliat (ă) în posesor al
(str., nr, localitate, judet)
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 Cluj, care se depune în 2 exemplare (original / copie) conf **Anexa 39B din Ordin MS/CNAS/1857/441/2023**
- Declarație pe proprie răspundere, conform anexei
- Certificatul de naștere în copie, pentru copii până la 14 ani
- BI/CI în copie, pentru asigurat , copii 14-18 ani
- Certificat de handicap, în copie (dupa caz)
- Documentul care atestă calitatea de imputernicit legal - **PROCURA NOTARIALĂ**
- Documentul care atestă calitatea de reprezentant legal (în cazul în care persoana este instituționalizată)

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 corespondență
(str., nr, localitate, judet)

- Pe adresa de e-mail

NR. TELEFON PACIENT:

Data.....

Numele, prenumele persoanei

Semnătura.....

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

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 cuantumul sumei aprobate.
- mă oblig să remit la C.A.S. CLUJ decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, emisa pe numele meu, în situația în care voi înțelege să renunț la beneficiul acordat prin intermediul acesteia.

Declar, semnez și susțin,

Data.....