*Casa de Asigurări de Sănătate .....................................*

*Nr. ....... din data ........................*

***CERERE***

***pentru acordarea autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere***

*Subsemnatul(a), ..................................................., CNP ............................, domiciliu ............................................................., telefon ........................, e-mail .....................................*

*Prin prezenta solicit acordarea autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere care urmează a fi acordată în unitatea sanitară ................................................. din statul membru al Uniunii Europene ............................. pentru următorul tip de asistenţă medicală:*

*\_*

*|\_| 1. PET-CT în regim ambulatoriu;*

*\_*

*|\_| 2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore pentru următoarele tipuri de tratament:*

*\_*

*|\_| a) implant sau înlocuire de defibrilator cardiac;*

*\_*

*|\_| b) endoprotezare articulară tumorală;*

*\_*

*|\_| c) implant segmentar de coloană;*

*\_*

*|\_| d) bypass coronarian cu/fără investigaţii cardiace invazive;*

*\_*

*|\_| e) naşterea.*

*Anexez următoarele documente:*

*\_*

*|\_| a) copie a actului de identitate sau a certificatului de naştere;*

*\_*

*|\_| b) bilet de trimitere însoţit de decizia de aprobare emisă de comisia de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate potrivit prevederilor normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, pentru asistenţa medicală prevăzută la pct. 1;*

*\_*

*|\_| c) raportul medical prevăzut în anexa nr. 1 la Normele metodologice privind asistenţa medicală transfrontalieră, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 304/2014, cu modificările ulterioare, întocmit de un medic dintr-un spital clinic sau, după caz, judeţean aflat în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România, pentru asistenţa medicală prevăzută la pct. 2.*

*Am luat cunoştinţă că datele cu caracter personal din prezenta cerere vor fi utilizate de CAS ............................ pentru îndeplinirea obligaţiilor legale.*

*Data ............................. Semnătura*