**ANEXA Nr. 39 D  
  - model -**

**PRESCRIPTIE MEDICALA - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERARII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FUNCTIONALE Nr. . . . . . . . . . . /. . . . . . . . . . . \*)**

    Unitatea medicala . . . . . . . . . .

    Adresa . . . . . . . . . .

    |\_| MF

    |\_| Ambulatoriu

    |\_| Spital

    Stat membru: ROMÂNIA

    CUI . . . . . . . . . .

    Nr. contract . . . . . . . . . . încheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . . . . . . (pentru medicul care întocmeste prescriptia medicala - recomandarea)

    Nr. contract . . . . . . . . . . încheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . . . . . . se completeaza cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital (numai pentru situatiile în care medicul de familie pe lista caruia se afla înscris asiguratul, întocmeste prescriptie medicala - recomandare)

    Nume, prenume medic . . . . . . . . . .

    Cod parafa medic . . . . . . . . . .

    Specialitatea medicului prescriptor . . . . . . . . . .

    Date contact medic prescriptor:

   - telefon/fax medic prescriptor . . . . . . . . . . (se va completa inclusiv prefixul de tara)

   - e-mail medic prescriptor . . . . . . . . . .

   1. Numele si prenumele asiguratului . . . . . . . . . . (se va completa în întregime numele si prenumele asiguratului)

   2. Data Nasterii . . . . . . . . . .

   3. Domiciliul . . . . . . . . . .

   4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului . . . . . . . . . .

   5. Diagnosticul medical si diagnostic boli asociate: . . . . . . . . . .

   6. Deficienta organica sau functionala

   - nu este ca urmare a unei boli profesionale |\_| (se bifeaza casuta)

   - nu este ca urmare a unui accident de munca ori sportiv. |\_| (se bifeaza casuta)

   7. Pentru stomii si incontinenta urinara se bifeaza una din casutele:

    |\_| permanenta

    |\_| temporara

    |\_| set modificat

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Sunt de acord cu modificarea setului Semnatura asigurat |

   8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva se bifeaza una dintre casutele:

   - cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |\_|

   - fara certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |\_|

   9. Denumirea si tipul dispozitivului medical recomandat: (din anexa nr. 38 la ordin\*\*)) . . . . . . . . . .

    Data emiterii prescriptiei . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Semnatura (olografa sau electronica, dupa caz) si parafa medicului . . . . . . . . . . . |

   \*) Se va completa cu numarul din registrul de consultatii/foaie de observatie

   \*\*) Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr **397/836/2018** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2018-2019.

   Nota: Recomandarea se elibereaza în 3 exemplare.

    Recomandarea se elibereaza numai daca deficienta organica sau functionala nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de munca ori sportiv.