(Anexa nr. 1^1 la normele metodologice)

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

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