**ANEXA 39 A**

**- model -**

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

**Decizia nr. ........ din data ....................**

Director General al Casei de Asigurări de Sănătate ........

**Având în vedere:**

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021/2022, precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....../....../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

**Văzând** cererea nr. ............. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate .................. în data de ................ depusă de beneficiar, nume şi prenume ............................ sau de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de către acesta (prin act notarial/act de reprezentare prin avocat) sau reprezentantul legal al asiguratului (Nnume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon) ................ beneficiar domiciliat în ................... CNP/cod unic de asigurare ......................., prescripţia medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale eliberată de medicul de specialitate dr. ........................, din unitatea sanitară ..............................;

**În temeiul** prevederilor Ordinului pentru numirea directorului general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. ...............

**DECIDE**

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv destinat recuperării unei deficienţe organice sau funcţionale

..........................................................................

..........................................................................

Dispozitive pentru protezare stomii/Dispozitive pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară:

\_ \_

|\_| set de referinţă |\_| set modificat

Dispozitive medicale, tehnologii, dispozitive asistive ce se pot acorda pereche:

\_ \_

|\_| dreapta |\_| stânga

pe o perioadă de ................. termen de înlocuire de ..............

pentru beneficiarul ....................................

ART. 2 Preţul de referinţă/suma de închiriere decontat(ă) de către Casa de Asigurări de Sănătate ….......... este: ..................

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de ........... zile calendaristice de la data de ...................

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

**Director General,**

**............................................**

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE, TEHNOLOGII ŞI DISPOZITIVE ASISTIVE AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .......................... CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL, TEHNOLOGIA SAU DIPOZITIVUL ASISTIV.............. TIP ...................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Furnizor de dispozitive | Adresă completă sediu | Adresă completă |

| medicale, tehnologii | social/lucrativ | punct de lucru |

| şi dispozitive asistive | (adresă, telefon, fax, | |

| | pagină web) | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 1 | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| 2 | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| ... | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_