

ANEXĂ

([Anexa nr. 1¹](#) la normele metodologice)

Casa de Asigurări de Sănătate Giurgiu

Nr. din data

CERERE

pentru acordarea autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere

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

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

1. PET-CT în regim ambulatoriu;

2. servicii medicale spitalicești 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 investigații cardiace invazive;

e) nașterea.

Anexez următoarele documente:

a) copie a actului de identitate sau a certificatului de naștere;

b) bilet de trimitere însoțit de decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate potrivit prevederilor normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, pentru asistența medicală prevăzută la pct. 1;

c) raportul medical prevăzut în [anexa nr. 1](#) la Normele metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, aprobate prin [Hotărârea Guvernului nr. 304/2014](#), cu modificările ulterioare, întocmit de un medic dintr-un spital clinic sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România, pentru asistența medicală prevăzută la pct. 2.

Am luat cunoștință că datele cu caracter personal din prezenta cerere vor fi utilizate de CAS pentru îndeplinirea obligațiilor legale.

Data

Semnătura