

CĂTRE

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE HARGHITA
PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL**

Subsemnata/ul CNP

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

domiciliat în str..... Nr.....bl.....sc.....ap
posesor al B.I/C.I seria.....nr..... e-mail.....

(se completează cu majuscule)

nr. de telefon
având medic de familie în calitate de asigurat
vă rog să binevoiți a-mi aproba suport financiar pentru procurarea dispozitivului medical
.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- prescripția medicală pentru dispozitivul medical de la un medic specialist aflat în relații contractuale cu CAS
- biletul de externare din spital** (în cazul în care prescripția medicală pentru dispozitivul medical este prescrisă la data externării pacientului din spital)
- audiogramă** (în cazul dispozitivelor medicale destinate corectării auzului)
- biometrie** (în cazul dispozitivelor medicale destinate corectării vizuale)
- anexă la prescripția medicală** (în cazul dispozitivelor medicale pentru oxigenoterapie)
- actul de identitate** copie
- certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă, după caz.
- adeverință de elev (după caz)

Doresc primirea deciziei prin

- poștă
- ridicarea deciziei de la sediul CAS

Am luat la cunoștință faptul că, prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical pe baza unei prescripții medicale în original. În cazul procurării mai multor dispozitive medicale, se depune separat pentru fiecare dispozitiv medical în parte pe baza prescripției medicale în original. Mă angajez să suport diferența, dacă este cazul, dintre prețul de livrare al dispozitivului medical și prețul de referință. **Pot să îmi procur dispozitivele medicale numai de la furnizori de dispozitive medicale cu care CAS Harghita se află în relație contractuală.**

Sunt de acord în conformitate cu prevederile Regulamentului UE 679/2016 cu prelucrarea datelor cu caracter personal pentru obținerea dispozitivului medical solicitat.

DECLAR PE PROPRIA MEA RĂSPUNDERE CĂ:

- DEFICIENȚA ORGANICĂ NU A APĂRUT ÎN URMA UNUI ACCIDENT DE MUNCĂ SAU SPORTIV SAU ÎN URMA UNEI BOLI PROFESIONALE.
- TOATE ACTELE DEPUSE ÎN COPIE SUNT ÎN CONFORMITATE CU CELE ORIGINALE.

Data

Semnătura asigurat.....

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Vizat din punct de vedere al integrității documentației Semnatura Data..... | Calitatea de asigurat Semnatura..... Data | Consultatie raportata in SIUI DA / NU Semnatura..... | Vizat de DRC Semnatura..... Data | Calitatea de asigurat Semnatura Data..... |
|--|---|--|---|---|