

CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Subsemnatul(a)* _____, cu domiciliul în _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, scara _____, etajul _____, apartamentul _____, sector _____, telefon _____, BI/CI seria _____ nr. _____, CNP....., **în calitate de**

BENEFICIAR

Împuternicit de BENEFICIARUL _____, cu domiciliul în _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, scara _____, etajul _____, apartamentul _____, sector _____, telefon _____, BI/CI seria _____ nr. _____, CNP....., în calitate de:

- soț/soție**
- rudă de gradul I (părinți, fiu/fiică)**
- rudă de gradul II (bunic/nepot, frate/soră)**
- persoană împuternicită prin procură notarială sau act de reprezentare prin avocat**
- reprezentant legal al beneficiarului**

în vederea depunerii cererii însoțită de actele anexate și ridicării Deciziei de aprobare a dispozitivului medical solicitat,

vă solicit să aprobați emiterea **Deciziei de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical** _____, conform prescripției medicale pentru:

Nume și prenume beneficiar:.....

Codul numeric personal (CNP) beneficiar.....

Beneficiarul declară pe propria răspundere că este de acord să plătească diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CASMB pentru dispozitivul respectiv.

Anexez documentele doveditoare (vezi pagina 2).

Data: _____

Semnătura solicitantului:

***Se va completa de către persoana care se prezintă la ghișeu pentru depunerea documentelor**

Documente doveditoare anexate:

Pentru adulți (se va bifa unde este cazul):

- Recomandarea medicală în original;
- Copie BI / CI beneficiar
- certificat de încadrare într-un grad de handicap, dacă este cazul

Pentru salariați:

- adeverință de salariat conform modelului prevăzut în Ordinul CNAS nr. 903/2007

Pentru copii (se va bifa unde este cazul):

- Recomandarea medicală în original;
- Copie după certificatul de naștere sau copie BI / CI al beneficiarului;
- Copie BI / CI al părintelui (aparținătorului), pentru copii între 0 și 18 ani;

Pentru proteză auditivă: audiogramele în original, contrasemnate de medicul ORL;

Pentru cristalin: biometria în original, care trebuie să conțină numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării.

Pentru echipamentele de oxigenoterapie și ventilație noninvazivă - Prescripțiile medicale trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale, condiții prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la Norme.

se completează de către personalul CASMB

Verificat dosar nr. _____, beneficiar _____

Din verificare, a rezultat că dosarul este / nu este conform legislației în vigoare.

Observatii suplimentare: _____

Primit acte -----

(numele în clar)

Verificat medic _____

(numele în clar)

a avut o Decizie eliberată de către CASMB: _____

nu a avut o Decizie eliberată de către CASMB.

Se încadrează în termenii prevăzute de lege? DA NU

Verificat în baza de date

(numele în clar)