

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**

Am luat la cunostinta si sunt de acord ca datele cu caracter personal depuse la prezenta cerere vor fi utilizate de CAS-MB, pentru indeplinirea obligatiilor legale conferite de Legea 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare si a Ordinului ministrului sanatatii si presedintelui CNAS pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor H.G. aflate in vigoare.

Semnatura,

## Documente doveditoare anexate:

### Pentru adulti (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;

◆ **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)