



CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NEAMŢ

610125 PIATRA NEAMŢ, Str. Lt. Drăghescu Nr.4 B,  
Tel. + 40-0233/23.06.12 Tel/Fax +40-0233/23.05.13, e-mail : cjas@casnt.ro

OPERATOR 250 - Date cu caracter personal prelucrate în conformitate cu prevederile Legii 677 / 2001

**CONFIDENTIAL**

Se aprobă,  
Preşedinte – Director General  
Ec. Marieana Atomulesei

**DOMNULE PREŞEDINTE – DIRECTOR GENERAL**

Subsemnatul(a)..... cu domiciliul în  
..... str....., nr....., bl....., ap.....,  
jud.....CNP/ cod unic de asigurare....., tel....., posesor (oare)  
al BI/CI seria..... nr..... vă rog să binevoiţi a-mi aproba procurarea (denumirea dispozitivului  
medical, conform recomandării medicalului de specialitate):  
.....  
.....  
..

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

**Pentru adulţi (se va bifa unde este cazul):**

- Recomandarea medicală în original;
- Copie BI / CI;
- certificat de încadrare într-un grad de handicap, dacă este cazul
- actul doveditor al calităţii de asigurat ( adeverinţă de asigurat/coasigurat, talon de pensie,.....)

**Pentru salariaţi:**

- adeverinţă de salariat după modelul prevăzut în Ordinul CNAS nr. 581/2014, vizată de CAS Neamţ

**Pentru copii (se va bifa unde este cazul):**

- Recomandarea medicală în original;
- Copie după certificatul de naştere sau copie BI / CI;
- Copie BI / CI al părintelui (aparţinătorului), pentru copii între 0 şi 18 ani;
- Adeverinţă de elev, student sau ucenic pentru tineri între 18 şi 26 de ani.

- Pentru proteză auditivă:** audiogramele în original, contrasemnate de medical ORL;

- Pentru cristalin:** biometria în original.

Procură specială de reprezentare, dacă este cazul.

Mă angajez să suport diferenţa dintre preţul de livrare al dispozitivului medical şi nivelul preţului de referinţă valabil la momentul emiterii deciziei de aprobare a dispozitivului medical.

Declar că afecţiunea de care sufăr nu a apărut în urma unui accident de muncă, sportiv sau unei boli profesionale.

Data.....

Semnătura.....

1. Se certifică faptul că prezenta documentație se încadrează și este întocmită în conformitate cu **HG nr. 161/2016**, cu modificările și completările ulterioare și cu Ordinul Ministrului Sănătății și al Președintelui CNAS nr. **763/377/2016**.

Se propune emiterea deciziei de aprobare pentru dispozitive medicale / înscriere pe lista de prioritate.

**Cons. Buculei Zica**

Semnătura.....

Data.....

2. Se certifică conformitatea dispozitivului medical prescris cu deficiența organică, funcțională sau fizică și încadrarea în criteriile de prioritate

**Dr. Manuela Olteanu**

Semnătura.....

Data.....

3. Se certifică realitatea, regularitatea și legalitatea încadrării în bugetul alocat cu această destinație și se recomandă emiterea deciziei de aprobare pentru dispozitive medicale / înscriere pe lista de prioritate.

**Director executiv DRC  
Ec. Gabriela Zamfir**

Semnătura.....

Data.....

4. Se propune emiterea deciziei de aprobare pentru dispozitive medicale ca urmare a deblocării listei de prioritate în baza documentului prin care s-a aprobat deblocarea acestei liste:.....

**Cons. Buculei Zica**

Semnătura.....

Data.....