

Nr _____ / _____

MEDIC INSPECTOR

Avizat / Refuzat - motivul _____

Data si semnatura _____

Compartiment A.C.E.D.I.D.D.M.

Avizat / Refuzat - motivul _____

Data si semnatura _____

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul (a) _____

CNP _____ domiciliat(a) _____

Nr. Telefon _____ B.I. / C.I. seria _____

nr. _____ va rog sa binevoiti a-mi aproba ajutorul pentru procurarea

conform recomandarii medicului de specialitate.

Anexez la prezenta cerere urmatoarele documente:

- recomandare medicala in original ;
- audiograma in original, contrasemnata de medic ORL, si copie certificat calibrare, pentru proteza auditiva ;
- biometria in original, pentru cristalin ;
- copie act de identitate(copii 14-18 ani, adulti) sau certificat de nastere(copii 0-14 ani) ;
- copie certificat de handicap, pentru aparat administrare oxigen (daca este cazul) ;
- actul care certifica calitatea de asigurat, dupa caz (adeverinta de asigurat, adeverinta de salariat, talon de pensie etc.).

Sunt de acord sa platesc diferenta de pret in cazul in care pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului este mai mare decat pretul de referinta decontat de casa de asigurari de sanatate.

Declar pe propria raspundere ca deficienta organica, functionala sau fizica nu a aparut in urma unei boli profesionale, accident de munca sau sportiv.

Data _____

Semnatura _____

Cererea a fost depusa la CAS Prahova de catre dl / d-na _____

_____ posesor BI / CI seria _____ nr. _____

CNP _____ in calitate de _____ semnatura _____

Domnului Director General al Casei de Asigurari de Sanatate Prahova