

**PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA  
DISPOZITIVELOR MEDICALE, TEHNOLOGIILOR, DISPOZITIVELOR ASISTIVE  
DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

Nr. ....\*/.....\*)

Unitatea medicală .....  MF  
Adresa .....  
 Ambulatoriu  
 Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

.....  
(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală - recomandare)

Nume, prenume medic .....

Cod parafă medic .....

Specialitatea medicului prescriptor .....

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor .....

(se va completa inclusiv prefixul de țară)

- e-mail medic prescriptor .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data nașterii .....

3. Domiciliul .....

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului .....

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: .....

6. Deficiența organică sau funcțională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale  (se bifează căsuța)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ori sportiv.  (se bifează căsuța)

7. Pentru stomii și retenție sau/și incontinență urinară se bifează una dintre căsuțele:

permanentă  set modificat

temporară

Sunt de acord cu  
modificarea setului  
Semnătură asigurat

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se bifează una dintre căsuțele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

Se recomandă ..... zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

perioadă nedeterminată

perioadă determinată; se recomandă ..... zile (maximum 90/91/92 zile)

10. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuțele:

proteză provizorie

proteză definitivă

11. Dispozitive medicale, tehnologii, dispozitive asistive ce se pot acorda pereche:

dreapta       stânga

12. Denumirea și tipul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin\*\*))

.....

Data emiterii prescripției .....

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului

.....

-----  
\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

\*\*\*) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.