

**PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE
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** _____

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 _____

Se recomandă _____ zile (maximum 90/91/92 zile) - **se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru o perioadă temporară.**

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

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

- 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) - **se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat definitiv.**

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

perioadă nedeterminată

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

