

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
SUCEAVA**  
INTRARE Nr. ....  
Ziua ..... luna ..... anul .....  
Nr. anexe .....

***Domnule/Doamnă Președinte-Director General,***

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ avand domiciliul in  
Județul \_\_\_\_\_, Loc. \_\_\_\_\_, Com. \_\_\_\_\_,  
Strada \_\_\_\_\_, Nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_, Sc. \_\_\_\_\_, Et. \_\_\_\_\_, Ap. \_\_\_\_\_,  
Nr. tel. \_\_\_\_\_, posesor al B.I.(C.I.), seria \_\_\_\_\_nr \_\_\_\_\_, in calitate de beneficiar, vă  
rog să binevoiți a-mi aproba procurarea urmatorului dispozitiv medical: \_\_\_\_\_

conform recomandării medicului de specialitate/medicului de familie, aflat în relație contractuală cu CAS . Solicit transmiterea deciziei prin posta la adresa specificata mai sus.

Anexez la prezenta cerere urmatoarele documente:

- Recomandarea medicală **original+copie** Anexa 39 B  
- pentru dispozitivele de protezare auditivă recomandarea trebuie să fie însoțită de Audiograma tonală liminiară și vocală parafate de medic specialist;  
- pentru dispozitivele de pentru deficient vizuala recomandarea trebuie să fie însoțită de Biometrie parafate medic specialist (Biometriile conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării);  
- pentru inchirierea CPAP/BPAP medicii prescriptori vor atasa la prescripția medicala tipizata din Norme si o scrisoare medicala care sa contina rezultatul investigatiilor necesare incadrării in criteriile de acordare a dispozitivelor, .  
- pentru inchirierea concentrator oxigen medicii prescriptori vor atasa la prescripția medicala tipizata din Norme si o scrisoare medicala care sa contina rezultatul investigatiilor necesare incadrării in criteriile de acordare a dispozitivelor, **(SPIROMETRIA(din care sa rezulte VEMS /CVF mai mică de 70%).**
- Actul care atestă calitatea de asigurat nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_ (adeverință asigurat, adeverință de salariat, adeverință șomaj/carnet șomaj vizat la zi, adeverință elev/student, ultimul cupon pensie+decizie asupra capacității de muncă/certificat încadrare grad handicap-pt. pensii cu revizuirii medicale);
- Act de identitate beneficiar(C.I./B.I.), pentru copii - certificate naștere - (copie);
- Act de identitate -aparținător – parinte, soț, soție, fiu, fiică, împuternicit legal prin procura notariala sau reprezentant legal(copie)

Cunoscand prevederile art.323,326 Cod Penal privind uzul de fals si falsul in declaratii declar pe propria răspundere urmatoarele:

- deficienta organica/funcțională nu a survenit în urma unui accident de muncă, boală profesională ori accident sportiv;
- mă angajez să suport diferența dintre prețul de livrare al dispozitivului medical și prețul de referință al acestuia;
- ma oblig sa remit la CAS Suceava decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical in cazul in care voi intelege sa renunt la beneficiul acordat prin intermediul acesteia.

Dosarul este depus de Dl/Dna \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_ având calitatea de \_\_\_\_\_.

Am fost informat(a) si sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal sa se faca in concordanta cu prevederile regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European si al Consiliului privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestora(Regulament general privind protectia datelor cu caracter personal).

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**Avizat CASSV - medic:**

<b>C.A.S. SUCEAVA</b>
Se propune aprobarea dispozitivului:
.....
.....
.....
Data ..... ..Semnatura .....