

**PRESCRIPTIE 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 prescripția 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 noninvasivă, 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)

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

proteză provizorie

proteză definitivă

11. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

dreapta

stânga

12. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin**)

13. Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului – Somnologie _____ (se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP _____ (se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație non-invazivă _____ (se va completa de către medicii care recomandă aparate de ventilație noninvazivă și dispozitive de asistare a tusei)

Data emiterii prescripției _____

Semnătura (olografă sau electronică, după caz)
și parafă medicului _____

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

**) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 2 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.

Prescripția medicală își pierde valabilitatea dacă nu este depusă la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii.