

**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

.....
(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. Pacient diagnosticat cu afecțiune oncologică DA || / NU ||
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)

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

proteză provizorie

proteză definitivă

numai în cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, situație în care un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie la recomandarea medicului. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și 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 parafa 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, cu modificările și completările ulterioare.

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.