

CERERE-TIP

pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale
devenite necesară în timpul șederii temporare pe
teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene,
Spațiului Economic European, respectiv Confederației
Elvețiene

Către Casa de Asigurări de Sănătate TELEORMAN
Adresa : STR. LIBERTATII, NR. 1, ALEXANDRIA
Data :

STIMATE DOMNULE/STIMATĂ DOAMNĂ PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL,

Prin prezenta, subsemnatul(a).....*1),
domiciliat în localitatea, str. nr., bl.
....., sc., et., ap., județul/sectorul TR, telefon
....., în calitate de:

asigurat, codul numeric personal

membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau persoană
împuternicită al/a asiguratului*2), având următoarele date
de identificare: codul numeric personal, domiciliul în
localitatea, str. nr., bl., sc.,
et., ap., județul/sectorul, telefon

solicít rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în
timpul șederii temporare pe teritoriul statului, asistență
medicală acordată fără a se prezenta cardul european de asigurări sociale de
sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări
sociale de sănătate sau în cazul în care acesta nu a fost recunoscut de
unitatea sanitară de la locul de ședere.

Solicít ca rambursarea contravalorii asistenței medicale să se realizeze:

1. la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de
ședere, conform procedurii instituite pentru utilizarea formularului E 126 sau
similar;

2. la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care
reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare
la data efectuării plății; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil
procedura prin utilizarea formularului E 126 sau similar în vederea
determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu
legislația statului membru respectiv.

Anexez prezentei următoarele documente:

a) documente în original, care dovedesc efectuarea plății.

b) copiile*3) documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de
care am beneficiat.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria
răspundere prin care, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu
privire la falsul în declarații, certific faptul că serviciile medicale au fost
de natura celor devenite necesare și că deplasarea nu a avut ca scop
beneficierea de tratament medical, precum și faptul că nu am solicitat direct
instituției de la locul de ședere rambursarea contravalorii asistenței medicale
devenite necesară.

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr.*4), deschis la*5), numele/prenumele beneficiarului contului, CNP beneficiar cont

Semnătura solicitantului

.....

*1) Numele și prenumele solicitantului.

*2) Numele și prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.

*3) Certificate "conform cu originalul" și semnate de solicitant.

*4) Codul IBAN aferent contului în care se solicită rambursarea; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.

*5) Banca la care este deschis contul în care se solicită rambursarea sumei; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.
