PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE

Nr / \*)

Unitatea medicală \_ MF

Adresa

 Ambulatoriu

 Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

(pentru medicul care întocmeşte prescripţia 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 ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie 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 ţară)

* e-mail medic prescriptor
1. Numele şi prenumele asiguratului (se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului)
2. Data naşterii
3. Domiciliul
4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului
5. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:
6. Deficienţa organică sau funcţională
* nu este ca urmare a unei boli profesionale

 (se bifează căsuţa)

* nu este ca urmare a unui accident de muncă

ori sportiv. (se bifează căsuţa)

1. Pentru stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară se bifează una dintre căsuţele:

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.

1. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP şi dispozitive de asistare a tusei se bifează una dintre căsuţele:
* 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.

1. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuţele:

 perioadă nedeterminată

 perioadă determinată; se recomandă zile

(maximum 90/91/92 zile)

1. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuţele:

 proteză provizorie

 proteză definitivă

1. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

 dreapta stânga

1. Denumirea şi tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin\*\*))

.....................................................................

.....................................................................

13. Numărul şi data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi 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 ventilaţie noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

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

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

Data emiterii prescripţiei

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului

......................................................

\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie

\*\*) Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.

..../ /2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023

pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 2 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.