



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Casa de Asigurări de Sănătate Vrancea

Str. Cuza Vodă nr. 52 bis - Focșani – Vrancea

Tel. 0237/227714 Tel/Fax – 0237/226626

e-mail : dispozitive@casvn.ro

Nr. /..... 2019

SE APROBA,
Presedinte-Director General,

DOMNULE PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a).....
domiciliat in localitatea.....strada.....
nr.....bloc.....scara.....etajul.....apart.....judetul..... posesor al
B.I. seria.....nr.....CNP.....

Va rog sa binevoiti a-mi aproba cererea pentru procurarea (denumirea dispozitivului, conform
recomandarii medicului de specialitate)

Anexez la prezenta cerere urmatoarele documente: Telefon :

- recomandarea medicului de specialitate;
 - actul care certifica calitatea de asigurat dupa caz (adeverinta de salariat, adeverinta de asigurat, adeverinta de elev, copie dupa certificatul de nastere in cazul minorilor) ;
 - copie actul de identitate; copie act de identitate imputernicit,imputernicire(unde este cazul) ;
- Ma angajez sa suport diferenta dintre pretul de livrare al dispozitivului medical si pretul de referinta valabil la momentul emiterii deciziei de aprobare al dispozitivului medical..*

Declar ca afectiunea de care sufar nu este datorata unui accident de munca, sportiv sau unei boli profesionale.

Mentionez ca voi primi decizia : personal prin corespondenta

Desemnez pentru completarea cererii, depunerea documentelor si pentru ridicarea deciziei de aprobare pe dl/dna.....in calitate de ruda gr.I sau II,sot/sotie, o persoana imputernicita legal in acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare ,prin avocat sau reprezentant legal al asiguratului , cu B.I./C.I. serianr.....CNP.....

Semnatura,

Data

1. Se certifica prin prezenta ca documentatia se incadreaza si este intocmita conform Contractului cadru aprobat prin Ordinul 397/836/2018 privind modificarea H.G. 140/ 2018 si a Normelor metodologice de aplicare a acestuia.
2. a) Se certifica realitatea, regularitatea si legalitatea incadrarii in bugetul alocat cu aceasta destinatie si se recomanda emiterea deciziei de aprobare a dispozitivului medical.
b) Intra pe lista de asteptare.

Data

Semnatura.....

**Avizat medical,
Medic sef**

**Vizat,
Director DRC**

** Am luat la cunostinta ca datele cu caracter personal depuse la prezenta cerere vor fi utilizate de CAS Vrancea pentru indeplinirea obligatiilor legale conferite de Legea 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare si a Ordinului ministrului sanatatii si presedintelui CNAS pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor H.G.aflata in vigoare.*