

FURNIZOR _____
DATE DE IDENTIFICARE:
TELEFON / FAX:
NR. INREG. _____

Catre,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE HUNEDOARA

RAPORT

**pentru recuperarea sumelor aferente serviciilor medicale,
medicamentelor, dispozitivelor medicale acordate asiguratilor din
statele membre UE/SEE, acorduri internationale**

Va comunicam datele necesare pentru recuperarea serviciilor medicale
acordate asiguratului din statul membru UE

NUMEPRENUME.....

CNP sau echivalent

ADRESA:

carte de identitate / pasaport: seria nr.

card european de asigurari de sanatate serie / nr.

data expirarii cardului european

formular european

institutia emitenta a cardului / formularului european.....

document asigurare medicala acorduri internationale

data acordarii serviciilor medicale: de la..... pana la

ANEXE:

- copie lizibila card european fata/verso
- copie accesare instrumentul electronic pus la dispozitie de CNAS
(pentru formulare europene)
- copie document ce atesta asigurarea medicala pentru statele cu care
Romania are incheiate acorduri internationale
- copie document de identitate care atesta domiciliul / resedinta exacta
- anexe

MANAGER

DIRECTOR ECONOMIC