CERERE DE RAMBURSARE A CONTRAVALORII ASISTENTEI MEDICALE TRANSFRONTALIERE FĂRĂ AUTORIZARE PREALABILĂ

CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MEHEDINTI

Subsemnatul(a)...............................................................................................domiciliat(ă) în localitatea ................................................., str. ................................. nr. ........, bl. ..............., sc. ......, et. ....., ap. ........., judeţul/sectorul ........................................................., posesor al B.I./C.I./Paşaport seria................. şi numărul...................................................., în calitate de:

[ ] titular, codul numeric personal ...................................................................................;  
  [ ] persoană împuternicită al/a titularului ......................................................................,

posesor al B.I./C.I./Paşaport................................................................................................

codul numeric personal ..............................................................................., domiciliul în localitatea ....................................., str. ................................... nr. ..........., bl. ......, sc. ...., et. ........., ap. ..........., judeţul/sectorul .........................................,

Prin prezenta solicit rambursarea contravalorii aferente serviciilor medicale efectuate în ......................................................................în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

Alăturat anexez documentele privind :calitatea de asigurat, serviciile medicale acordate, facturi, chitante, cod IBAN cont bancar.

Telefon: ..............................................................

E-mail: ..................................................................

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura solicitantului:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notă:

CEREREA DE RAMBURSARE VA FI ÎNSOȚITĂ DE URMĂTOARELE DOCUMENTE:

**1.SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI:**

a) act de identitate(BI, CI sau certificat de naștere pentru copii până la 14 ani)- o copie

b) dovada calității de asigurat al CAS Satu Mare, un exemplar în original;

c) bilet de internare emis anterior acordării serviciilor medicale în statul membru UE

-**serviciile medicale spitaliceşti au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unui bilet de internare**, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 1 nr. crt. 2 şi a situaţiilor care se încadrează în criteriile care permit internarea fără bilet de internare prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

d) Documentele medicale (raport de externare,etc) din care sa rezulte acordarea serviciilor medicale,redactate în limba statului membru UE- exemplar în original ;

e) Documente de plata(facturi, chitanțe,bonuri etc.) din care să rezulte că:

-serviciile medicale au fost achitate integral;

-nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare serviciu medical;

-data achitării serviciilor medicale;

f. codul IBAN al contului unde se virează suma recuperata

**2.MEDICAMENTE IN TRATAMENT AMBULATORIU:**

a) act de identitate(BI, CI sau certificat de naștere pentru copii până la 14 ani)- un exemplar în copie

b) dovada calității de asigurat al CAS Satu Mare, un exemplar în original;

c)prescripție medicală pentru medicamente emisă în urma unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;

Prescripția medicală pentru medicamente trebuie emisă anterior acordării medicamentelor în statul membru UE.

d) documentele medicale din care să rezulte acordarea medicamentelor, redactate în limba statului membru UE- exemplar în original ;

e) Documentele de plată (facturi, chitanțe,bonuri etc) din care să rezulte că:

-medicamentele au fost achitate integral;

-nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare medicament;

-data achitării medicamentelor;

f. codul IBAN al contului unde se virează suma recuperata

**3.DISPOZITIVE MEDICALE ÎN AMBULATORIU**

a) act de identitate(BI, CI sau certificat de naștere pentru copii până la 14 ani)- un exemplar în copie

b) dovada calității de asigurat al CAS Satu Mare, un exemplar în original;

c) decizia de aprobare dispozitive medicale emisă în urma unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

Decizia de aprobare dispozitive medicale trebuie emisă anterior acordării dispozitivelor în statul membru UE.

d) documentele medicale din care să rezulte acordarea dispozitivelor medicale, redactate în limba statului membru UE - exemplar în original ;

e)documentele de plată ( facturi,chitanțe bonuri etc.) din care să rezulte că:

-dispozitivele medicale au fost achitate integral;

-nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare dispozitiv medical;

-data achitării dispozitivelor medicale;

f. codul IBAN al contului unde se virează suma recuperata

**4.SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE ÎN AMBULATORIU**:

a) act de identitate(BI, CI sau certificat de naștere pentru copii până la 14 ani)- un exemplar în copie;

b) dovada calității de asigurat al CAS Satu Mare, un exemplar în original;

c) documente medicale din care să rezulte acordarea serviciilor medicale, redactate în limba statului membru UE- exemplar în original ;

d) documentele de plată( facturi,chitanțe, bonuri etc) din care să rezulte că:

-serviciile medicale au fost achitate integral;

-nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare serviciu medical;

-data achitării serviciilor medicale;

e) codul IBAN al contului unde se virează suma recuperata