

Catre, Casa De Asigurari de Sanatate Arad

Subsemnatul,

Nume _____ Prenume _____ Vârsta _____

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Act identitate: seria _____ nr. _____

Domiciliul:

Localitate _____ Str. _____ nr. _____ Bl. _____

Sc. _____ Et. _____ Ap. _____

Telefon : _____

Vă rog să-mi aprobați obținerea dispozitivului medical _____
_____ conform recomandării medicului
specialist.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente :

- Prescripția medicală pentru dispozitivul medical
- Audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (unde este cazul)
- Biometria, eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu CAS (unde este cazul)
- Document justificativ care atestă calitatea de asigurat
- Actul de identitate - (copie)
- Documente care atestă încadrarea în legi speciale, după caz.

Mi s-a adus la cunoștință faptul că instituția dvs. decontează contravaloarea prețului de referință al protezei/dispozitivului solicitat și mă oblig să suport contravaloarea diferenței dintre prețul de referință și prețul de vânzare cu amănuntul practicat de furnizor.

Cunoscând sancțiunile prevăzute de Codul penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că deficiența organică/fiziologică nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv.

Vă mulțumesc,

Data _____

Semnătura asigurat,
