

Nr. _____/_____

a avut o Decizie, data _____

nu a avut o Decizie

Perioada _____

CATRE,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI BRAȘOV

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul în _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, scara _____, etajul _____, apartamentul _____, sector _____, telefon _____, BI/CI seria _____ nr. _____, CNP _____, în calitate * de:

beneficiar

Declar pe propria răspundere că diagnosticul specificat NU ESTE / ESTE urmare unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

Sunt de acord să plătesc diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CASJ Brașov pentru dispozitivul respectiv.

membru al familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică)

persoană împuternicită

reprezentantul legal al beneficiarului

Vă solicit să aprobați emiterea **Deciziei de aprobare pentru procurarea/inchirierea dispozitivului medical** _____, conform prescripției medicale :

Numele și prenumele beneficiarului: _____

Codul numeric personal (CNP): _____

NOTĂ

*În cazul în care, beneficiarul este altă o persoană nedeplasabilă / care se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu , solicitantul va depune o copie după actul său de identitate și va menționa motivul

pentru care beneficiarul nu a depus cererea în nume propriu.

De asemenea, solicitantul va depune declarația pe propria răspundere dată de beneficiar că diagnosticul specificat NU ESTE / ESTE urmare unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv și declarația beneficiarului că este de acord să plătească diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CASJ Brașov pentru dispozitivul respectiv.

Anexez documentele doveditoare (vezi pagina 2).

Data: _____

Semnătura solicitantului: _____

Documente doveditoare anexate:

Pentru adulți (se va bifa unde este cazul):

- Recomandarea medicală în original;
- Copie BI / CI;
- certificat de încadrare într-un grad de handicap, dacă este cazul
- Adeverința de asigurat/cupon de pensie pentru pensionari și celelalte categorii de persoane

Pentru salariați:

- adeverință de salariat după modelul prevăzut în Ordinul CNAS nr. 903/2007

Pentru copii (se va bifa unde este cazul):

- Recomandarea medicală în original;
 - Copie după certificatul de naștere sau copie BI / CI;
 - Copie BI / CI al părintelui (aparținătorului), pentru copii între 0 și 18 ani;
 - Adeverință de elev, student sau ucenic pentru tineri între 18 și 26 de ani.
-
- Pentru proteză auditivă:** audiogramele în original, contrasemnate de medic ORL;
 - Pentru cristalin:** biometria în original.