

**PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR
MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**
Nr.*/.....*)

Unitatea medicală MF Ambulatoriu Spital

Adresa

Stat membru: ROMÂNIA

CUI

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate..... (pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (**numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește**

prescripție medicală - recomandare)

Nume, prenume medic

Cod parafă medic

Specialitatea medicului prescriptor

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor

(se va completa inclusiv prefixul de țară)

- e-mail medic prescriptor

1. Numele și prenumele asiguratului

.....

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data nașterii

3. Domiciliul

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului.....

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....

6. Deficiența organică sau funcțională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale (se bifează căsuța)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ori sportiv (se bifează căsuța)

7. Pentru stomii și retenție sau/și incontinență urinară se bifează una dintre căsuțele:

permanentă set modificat

temporară

Sunt de acord cu modificarea setului

Semnătură asigurat

Se recomandă zile (maximum 90/91/92 zile)- se completează

numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru o perioadă temporară.

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei se bifează una dintre căsuțele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat, definitiv

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

Se recomandă zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat definitiv.

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

perioadă nedeterminată

perioadă determinată; se recomandă zile

(maximum 90/91/92 zile)

10. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuțele:

proteză provizorie

proteză definitivă

11. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

dreapta stânga

12. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat (din anexa nr. 38 la ordin**)

.....

.....

13. Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului –

Somnologie..... (se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate

de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie

poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP..... (se va completa de către medicii care recomandă suport

de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare

continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație noninvazivă

..... (se va completa de către medicii care recomandă aparate de ventilație noninvazivă și dispozitive de asistare a tusei)

Data emiterii prescripției

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului.....

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

**) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a

Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a contractului-cadru care reglementează condițiile

acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate.

Notă: Recomandarea se eliberează în 2 exemplare și este valabilă 30 zile de la data emiterii

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.