CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ
Str. Constanţa nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Judeţul Cluj
Cod fiscal: 11324762, Cont RO16TREZ21627621620XXXXX
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110;; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800 800 974
Telefon Compartiment Preluare Cereri Dispozitive 0264-407122

Către,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEŢULUI CLUJ

COPIL

IMPUTERNICIT

Subsemnatul(a),.....……..……, asigurat al C.A.S. Cluj,
(nume, prenume)
domiciliat (ă) ...…….....…….posesor al
(str., nr, localitate, judet)
BI/CI seria…....nr. ……CNP

Cunoscand prevederile privind falsul de identitate , faptă prevăzută și pedepsita de art.327 Cod Penal, în calitate de :
-parinte, bunici, frate/sora ☐
-imputernicitul/reprezentantul legal al asiguratului ☐

COPIL
Mă adresez CAS CLUJ în numele asiguratului.....
Domiciliat(ă) ÎN .....posesor al BI/CI seria..... nr.....CNP

solicit eliberarea unei decizii de aprobare pentru procurarea **dispozitivului medical** (denumirea produsului): ……..……...……
conform recomandării medicului de specialitate / medicului de familie, aflat în relaţie contractuala cu C.A.S.Cluj
Anexez la prezenta cerere următoarele documente :

• Recomandare medicală întocmită de un medic specialist / medic de familie (dupa caz) aflat în relaţie contractuala cu C.A.S , in **2 exemplare, original si copie,formular tip –anexa 39D, Ord. MS/CNAS/1068/627/2021 .**

- Declaraţie pe proprie răspundere, conform anexei ☐
- Certificatul de nastere in copie, pentru copii de pana la 14 ani ☐
- BI/CI in copie, pentru asigurat copii 14-18 ani ☐
- Certificat de handicap, in copie (dupa caz) ☐
- Documentul care atesta calitatea de reprezentant legal (cand persoana este institutionalizata ☐
- Documentul care atestă calitatea de imputernicit legal -**Procura notarială** ☐

Decizia de aprobare dispozitive medicale se poate solicita prin:
- ridicarea deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical de la sediul C.A.S. Cluj, ☐
- transmiterea deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, prin posta la adresa –pacientului ☐
- Sau alta adresa de corespondenta _____(str., nr, localitate, judet) ☐
- Pe adresa de e-mail a imputernicitului..... ☐

NR.TELEFON IMPUTERNICIT .....

Data.....

Numele, prenumele persoanei imputernicite

……..……

Semnătura…….……

NOTA Documentele pot fi transmise la CAS CLUJ pe adresa de email : relatiipublice@cascluj.ro

ANEXA

DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

(Parinte/imputernicit legal, reprezentant legal)

Subsemnatul(a), asigurat(ă) al C.A.S. Cluj

…….....…

(nume, prenume)

domiciliat (ă) în ……...

(adresa completă)

……:posesor al BI/CI seria….....nr. ……

CNP

cunoscând prevederile art. 323, 326 Cod Penal privind uzul de fals şi falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere următoarele:

- **mă angajez să suport diferenţa dintre preţul de livrare al dispozitivului medical şi cuantumul sumei aprobate**.

- mă oblig sa remit la C.A.S. CLUJ decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, emisa pe numele meu, in situatia in care voi intelege sa renunt la beneficiul acordat prin intermediul acesteia.

Declar, semnez şi susţin,

Data……