PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE Nr. . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . .\*)

    Unitatea medicală …………………………

    Adresa ………………………………………

☐ MF
☐ Ambulatoriu
 ☐ Spital

   Stat membru: ROMÂNIA

    CUI ……………………..

    Nr. contract ……………… încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate . . . . . . . . . . (pentru medicul care întocmeşte prescripţia 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 ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie 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 ţară)

   **-** e-mail medic prescriptor ………………………………………

1. **Numele şi prenumele asiguratului** ………………………………………………………………………………………………. (se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului)
2. **2.** Data naşterii ……………………………………

   **3.** Domiciliul …………………………………………………………………………………….

   **4.** Codul numeric persona l/cod unic de asigurare al asiguratului ………………………………………………………………………………………………………

   **5.** Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: ……………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………

   **6.** Deficienţa organică sau funcţională

   **-** nu este ca urmare a unei boli profesionale ☐ (se bifează căsuţa)

   **-** nu este ca urmare a unui accident de muncă ☐ (se bifează căsuţa) ori sportiv.

   **7.** Pentru stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară se bifează una dintre căsuţele:

    ☐ permanentă

    ☐ set modificat

    ☐ temporară

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Sunt de acord cu modificarea setului Semnătură asigurat. . . . . . . . . . |

   **8.** Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se bifează una dintre căsuţele:

   **-** 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).

   **9.** Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuţele:

    ☐ perioadă nedeterminată

    ☐ perioadă determinată; se recomandă ………………… zile (maximum 90/91/92 zile)

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

    ☐ proteză provizorie

    ☐ proteză definitivă

   **11.** Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

    ☐ dreapta

    ☐ stânga

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

 ………………………………………………………………………………………………………

    Data emiterii prescripţiei …………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului………………………………………………………………………………… |

   **\*)** Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie

   **\*\*)** Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.........../........../2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.

   **Notă:**

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

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