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](act:8092231%200) 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.