

**Anexa
(Anexa 1^1 la normele metodologice)**

Casa de Asigurări de Sănătate _____
Nr. _____ din data _____

**CERERE PENTRU ACORDAREA AUTORIZĂRII PREALABILE PENTRU
RAMBURSAREA CONTRAVALORII ASISTENȚEI MEDICALE TRANSFRONTALIERE**

Subsemnatul/a, _____, CNP _____,
domiciliu _____,
telefon _____, e-mail _____

Prin prezenta solicit acordarea autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii
asistenței medicale transfrontaliere care urmează a fi acordată în unitatea sanitară _____
_____ din statul membru UE _____

pentru următorul tip de asistență medicală:

- 1. PET-CT în regim ambulatoriu
- 2. Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore pentru următoarele tipuri de tratament:
 - a) implant sau înlocuire de defibrilator cardiac;
 - b) endoprotezare articulară tumorală;
 - c) implant segmentar de coloană;
 - d) bypass coronarian cu / fără investigații cardiace invazive;
 - e) nașterea.

Anexez următoarele documente:

- a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere;
- b) bilet de trimitere însoțit de Decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, pentru asistența medicală de la punctul 1;
- c) raport medical întocmit de un medic dintr-un spital clinic, sau după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România (Anexa 1 la normele metodologice ale HG 304/2014) pentru asistența medicală de la punctul 2.

Am luat la cunoștință că datele cu caracter personal din prezenta cerere vor fi utilizate de
CAS _____ pentru îndeplinirea obligațiilor legale.

Data _____

Semnătura