CERERE*

Către: CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE DOLJ

Subsemnatul(a) ....., cu domiciliul în ....., strada ..... nr....., bloc....., scara..... , etajul ....., apartamentul....., telefon....., BI/CI seria.....nr. ..... CNP..... **în calitate de:**

□ **Beneficiar**

□ **Împuternicit de Beneficiarul** ....., cu domiciliul în....., strada ....., nr....., bloc....., scara..... , etajul....., apartamentul....., Telefon....., BI/CI seria..... nr. ..... CNP.....**în calitate de (se va bifa una dintre căsuțe, acolo unde este cazul)**

□ **soţ/soţie**

□ **rudă de gradul I (părinţi, fiu/fiică)**

□ **rudă de gradul II (bunic/nepot, frate/soră)**

□ **persoană împuternicită prin procură notarială sau act de reprezentare prin avocat**

□ **reprezentant legal al beneficiarului**

vă solicit să aprobaţi emiterea **Deciziei pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical**....., conform prescripţiei medicale.

Beneficiarul declară pe propria răspundere că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă sau sportiv.

Prin punerea la dispoziție a datelor cu caracter personal în prezentul înscris sunt de acord cu prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul cererii, cunoscând faptul că CAS DOLJ este operator de date cu caracter personal.

Anexez documentele doveditoare:

Pentru adulţi (se vor bifa căsuțele):

□ Recomandarea medicală în original.

Se prezintă

□ BI / CI beneficiar, respectiv □ certificat de încadrare într-un grad de handicap, după caz.

Pentru copii (se vor bifa căsuțele):

□ Recomandarea medicală în original.

Se prezintă

□ certificatul de naştere sau BI / CI al beneficiarului, □ BI / CI al părintelui (aparţinătorului) pentru copii între 0 - 18 ani.

Pentru proteză auditivă (se va bifa căsuța):

□ audiogramele în original, eliberate de către un furnizor de servicii medicale/dispozitive medicale, în contract cu casa de asigurări de sănătate;

Pentru cristalin (se va bifa căsuța):

□ biometria în original, care trebuie să conțină numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării.

Echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, aparate CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei (se va bifa una dintre căsuțe):

□ documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condiţiilor pentru recomandarea acestor dispozitive, condiţii prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023 .

□ **c**u certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

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

Documentele necesare obţinerii dispozitivului medical, tehnologiei şi dispozitivului asistiv se pot transmite CAS Dolj şi prin poştă sau prin mijloace de comunicare electronică.

Data: ..... **Semnătura solicitantului:** .....

*Durată estimată completare formular – 5 - 10 min.

Motivul colectării informaţiei: emitere decizie pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical solicitat