

**Document de deschidere de drepturi  
la tratament planificat**

Regulamentele UE 883/04 și 987/09 (\*)

**INFORMAȚII PENTRU TITULAR**

Acesta este certificatul dumneavoastră care vă deschide dreptul la un anumit tratament medical în străinătate. Dacă îl prezentați instituției de asistență medicală din statul în care vă va fi acordat tratamentul medical, veți beneficia de tratament medical în aceleași condiții ca persoanele asigurate în statul respectiv. Puteți avea dreptul la rambursare suplimentară în conformitate cu tarifele de rambursare naționale. Instituția de asistență medicală vă va oferi consiliere în acest sens. Pentru lista instituțiilor de asistență medicală, consultați <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

**1. DETALII PERSONALE ALE TITULARULUI**

<b>1.1 Cod numeric personal în statul membru competent</b>	
<b>1.2 Nume</b>	
<b>1.3 Prenume</b>	
<b>1.4 Nume la naștere (**)</b>	
<b>1.5 Data nașterii</b>	
<b>1.6 Adresa actuală</b>	
<b>1.6.1 Strada, nr.</b>	<b>1.6.3 Cod poștal</b>
<b>1.6.2 Orașul</b>	<b>1.6.4 Cod de țară</b>

**2. TIPUL ȘI LOCUL ACORDĂRII TRATAMENTULUI**

<b>2.1 Tratament</b>	
<b>2.2 Locul acordării tratamentului</b>	
<b>2.3 Perioadă de tratament preconizată</b>	
<b>2.3.1 Data începerii</b>	<b>2.3.2 Data încheierii</b>

(\*) Regulamentele (CE) nr. 883/2004, articolele 20, 27 și 36, și 987/2009, articolele 26 și 33.

(\*\*) Informații furnizate instituției de către deținător când acestea nu sunt cunoscute de către instituție.

S2



## Document de deschidere de drepturi la tratament planificat

### 3. INSTITUȚIA CARE COMPLETEAZĂ FORMULARUL

3.1 Nume

3.2 Strada, nr.

3.3 Orașul

3.4 Cod poștal

3.5 Cod de țară

3.6 Numărul de identificare al instituției

3.7 Număr de fax la birou

3.8 Număr de telefon la birou

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Semnătura

ȘTAMPILĂ

### 4. INSTITUȚIA COMPETENTĂ (\*\*\*)

4.1 Nume

4.2 Strada, nr.

4.3 Orașul

4.4 Codul poștal

4.5 Codul țării

4.6 Numărul de identificare al instituției

4.7 Numărul de fax (birou)

4.8 Numărul de telefon (birou)

4.9 Adresa de e-mail

(\*\*\*) Această casuță trebuie completată doar atunci când prezentul formular este eliberat în numele instituției competente în cazurile în care este nevoie de un tratament urgent și vital în conformitate cu articolul 26 alineatul (3) of Regulamentul (CE) nr. 987/2009.