Anexă la prescripţia medicală privind recomandarea dispozitivelor pentru incontinenţă urinară

NR...../.....

(se va trece numărul de prescriptie medicală)

Numele şi prenumele beneficiarului_____

(se va completa în întregime numele si pronumele asiguratului)

CNP | | | | | | | | | | | | | |

Având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, **Se recomandă** componenţei setului prevăzut în normele metodologice :

3. Dispozitive pentru incontinenţă urinară

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăţi)
2	Sac colector de urină***)		1 set*)/lună (6 bucăţi)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăţi)
4	Cateter urinar**)		1 set*)/lună (120 bucăţi)

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

**) Se recomandă numai pentru retenţie urinară, pentru vezică neurogenă şi obstrucţie canal uretral la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică şi de reabilitare, oncologie şi chirurgie pediatrică, urologie, cu precizarea că pentru vezică neurogenă recomandarea se face numai de medicul de specialitate neurologie şi neurologie pediatrică.

***) Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă şi nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

Sunt de acord cu modificarea componenţei setului **prescris** de medicul de specialitate în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set**:**

DA ☐ **NU** ☐

Semnătura şi parafa medicului_____

Semnătura pacientului_____