CASA DE ASIGURĂRI
DE SĂNĂTATE A JUDETULUI
HARGHITA Miercurea-Ciuc
Intrare Nr. .....
Ziua. Luna. Anul. .....

CĂTRE

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE HARGHITA
PREŞEDINTE-DIRECTOR GENERAL

Subsemnata/ul ....
având CNP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ posesor al B.I/C.I seria .... nr .....
domiciliat în .....str. .....Nr.....bl.....sc.....ap...
nr. telefon.....e-mail..... *(persoana de contact)* în calitate de.....
al minorului,.....
(numele asiguratul, beneficiar al dispozitivului)

având **CNP*(minor)*** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ , având medic de familie ***(minor)***.....
vă rog să binevoiţi a-mi aproba suport financiar pentru procurarea dispozitivului medical:
.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:
- ☐ prescripţia medicală pentru dispozitivul medical de la un medic specialist aflat in relaţie contractuala cu CAS
- ☐ **biletul de externare din spital** (în cazul în care prescripţia medicală pentru dispozitivul medical este prescrisă la data externării pacientului din spital)
- ☐ **audiogramă** (în cazul dispozitivelor medicale destinate corectării auzului)
- ☐ **biometrie (**în cazul dispozitivelor medicale destinate corectării vizuale)
- ☐ **anexă la prescripţia medicală** (în cazul dispozitivelor medicale pentru oxigenoterapie)
- ☐ actul de identitate copie (pentru unuia dintre părinți, membrii de familie cu grad de rudenie I și II, tutore, reprezentant legal al beneficiarului)
- ☐ **actul** din care rezultă calitatea de reprezentant legal al beneficiarului sau împuternicirea legală
- ☐ **certificatul** de naştere sau actul de identitate al copilului (în copie)

Doresc primirea deciziei prin
- ☐ poștă
- ☐ ridicarea deciziei de la sediul CAS

Am luat la cunoştinţă faptul că, prescripţiile medicale îşi pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical pe baza unei prescripţii medicale în original. În cazul procurării mai multor dispozitive medicale, se depune separat pentru fiecare dispozitiv medical în parte pe baza prescripției medicale în original. Mă angajez să suport diferenţa, dacă este cazul, dintre preţul de livrare al dispozitivului medical şi preţul de referinţă.P**ot să îmi procur** dispozitivele medicale **numai de la furnizori de dispozitive medicale cu care CAS Harghita se află în relaţie contractuală.**

Sunt de acord in conformitate cu prevederile Regulamentului UE 679/2016 cu prelucrarea datelor cu caracter personal pentru obtinerea dispozitivului medical solicitat.

DECLAR PE PROPRIA MEA RĂSPUNDERE CĂ:
- DEFICIENŢA ORGANICĂ NU A APĂRUT ÎN URMA UNUI ACCIDENT DE MUNCĂ SAU SPORTIV SAU ÎN URMA UNEI BOLI PROFESIONALE.
- TOATE ACTELE DEPUSE ÎN COPIE SUNT ÎN CONFORMITATE CU CELE ORIGINALE

Data ..... **Semnătura** .....
(reprezentant legal al beneficiarului)

Vizat din punct de vedere al integritatii documentatiei	Calitatea de asigurat	Consultatie raportata in SIUI	Vizat de DRC
Semnatura.....	.....	DA / NU	Semnatura .....
	Semnatura.....	Semnatura	Data.....
	Data		