ANEXA 1^1 la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate Ialomița

Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_din data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,domilciliu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Prin prezenta solicit acordarea autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistentei medicale transfrontaliere care urmează a fi acordată în unitatea sanitară\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_din statul membru UE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

pentru următorul tip de asistentă 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 investigatii cardiace invazive;

e) nașterea.

Anexez următoarele documente:

a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de nastere;

b) bilet de trimitere însoțit de Decizia de aprobare emisă de comisia de experti de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, pentru Asistenta medical 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 Ialomița pentru îndeplinirea obligațiilor legale.

 Data Semnătura