

**CERERE-TIP**

**pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv Confederației Elvețiene**

Către Casa de Asigurări de Sănătate București  
Adresa Sos Bucuresti Ploiesti nr. 7 , sector 1, Bucuresti  
Data .....

Stimate domnule/Stimată doamnă președinte-director general,

Prin prezenta, subsemnatul(a), .....\*1), domiciliat(ă) în localitatea ....., str. ....  
nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul ....., telefon ....., în calitate de:

asigurat, codul numeric personal .....

membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau persoană împuternicită al/a asiguratului .....\*2), având următoarele date de identificare: codul numeric personal ....., domiciliul în localitatea ....., str. .... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul ....., telefon .....

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul statului ....., asistență medicală acordată fără a se prezenta cardul european de asigurări sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate sau în cazul în care acesta nu a fost recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere.

Solicit ca rambursarea contravalorii asistenței medicale să se realizeze:

1.  la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de ședere, conform procedurii instituite pentru utilizarea formularului E 126 sau similar;

2.  la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare la data efectuării plății; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil procedura prin utilizarea formularului E 126 sau similar în vederea determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Anexez prezentei următoarele documente:

a) documente în original, care dovedesc efectuarea plății;

b) copii\*3) documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de care am beneficiat.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, certific faptul că serviciile medicale au fost de natura celor devenite necesare și că deplasarea nu a avut ca scop beneficierea de tratament medical, precum și faptul că nu am solicitat direct instituției de la locul de ședere rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară.

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr. ....\*4), deschis la .....\*5), numele/prenumele beneficiarului contului ....., CNP beneficiar cont .....

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS MB în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

DA

NU

Semnătura solicitantului

.....

\*1) Numele și prenumele solicitantului.

\*2) Numele și prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.

\*3) Certificate "conform cu originalul" și semnate de solicitant.

\*4) Codul IBAN aferent contului în care se solicită rambursarea; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.

\*5) Banca la care este deschis contul în care se solicită rambursarea sumei; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.