ANEXA 3a la normele metodologice

**CERERE-TIP**

**pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale devenite necesară în timpul şederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spaţiului Economic European, respectiv Confederaţiei Elveţiene**

 Către Casa de Asigurări de Sănătate OLT

 Adresa ALEEA MUNCII, NR. 1-3, SLATINA-OLT

 Stimate domnule/Stimată doamnă preşedinte-director general,

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

 \_

 |\_| asigurat, codul numeric personal ............................................;

 \_

 |\_| membru de familie (părinte, soţ/soţie, 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. ...., judeţul/sectorul .................., telefon ...................

 solicit rambursarea contravalorii asistenţei medicale devenite necesară în timpul şederii temporare pe teritoriul statului ................................................, asistenţă 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 şedere.

 Solicit ca rambursarea contravalorii asistenţei medicale să se realizeze:

 \_

 1. |\_| la nivelul tarifelor prevăzute de legislaţia statului membru de şedere, 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 plăţii; 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 legislaţia statului membru respectiv.

 Anexez prezentei următoarele documente:

 a) documente în original, care dovedesc efectuarea plăţii;

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

 Prezenta cerere reprezintă în acelaşi timp şi o declaraţie pe propria răspundere prin care, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, certific faptul că serviciile medicale au fost de natura celor devenite necesare şi că deplasarea nu a avut ca scop beneficierea de tratament medical, precum şi faptul că nu am solicitat direct instituţiei de la locul de şedere rambursarea contravalorii asistenţei medicale devenite necesară.

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

 Menţionez că am luat la cunoștință de informațiile înaintate de CAS OLT prin circulara nr. 14356/25.05.2018 și **sunt de acord cu prelucrarea și protecția datelor cu caracter personal** în conformitate cu **Regulamentul UE 679/2016  privind  protectia persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor  cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor),**cunoscut ca și GDPR (General Data Protection Regulation) aplicabil începand cu 25.05.2018.

 Semnătura solicitantului

 ....................................

------------

 \*1) Numele şi prenumele solicitantului.

 \*2) Numele şi prenumele asiguratului care a beneficiat de asistenţa medicală devenită necesară.

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

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