ANEXA 39 D

**- model -**

**PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE**

Nr. ......./..........\*)

\_

Unitatea medicală ........................... |\_| MF

Adresa ...................................... \_

|\_| Ambulatoriu

\_

|\_| Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI ........................

Nr. contract ............ încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate..........

(pentru medicul care întocmeşte prescripţia medicală - recomandarea)

Nr. contract ............... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ............................ se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie medicală - recomandare)

Nume, prenume medic ...................................

Cod parafă medic ..................

Specialitatea medicului prescriptor ...................

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor .......................

(se va completa inclusiv prefixul de ţară)

- e-mail medic prescriptor ............................

1. Numele şi prenumele asiguratului ......................................

(se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului)

2. Data naşterii ......................................

3. Domiciliul .........................................

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului ..........

5. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....................

6. Deficienţa organică sau funcţională

\_

- nu este ca urmare a unei boli profesionale |\_|

(se bifează căsuţa)

\_

- nu este ca urmare a unui accident de muncă |\_|

ori sportiv. (se bifează căsuţa)

7. Pentru stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară se bifează una dintre căsuţele:

\_ \_

|\_| permanentă |\_| set modificat

\_

|\_| temporară

Sunt de acord cu

modificarea setului

Semnătură asigurat

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se bifează una dintre căsuţele:*

*- cu certificat de încadrare în grad de handicap \_*

*grav sau accentuat \_*

*- fără certificat de încadrare în grad de handicap \_*

*grav sau accentuat \_*

*Se recomandă ..................... zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni).*

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuţele:

\_

|\_| perioadă nedeterminată

\_

|\_| perioadă determinată; se recomandă ..........zile (maximum 90/91/92 zile)

10. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuţele:

\_

|\_| proteză provizorie

\_

|\_|proteză definitivă

11. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

\_ \_

|\_| dreapta |\_| stânga

12. Denumirea şi tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin\*\*))

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

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

Data emiterii prescripţiei ...............

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului

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

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

\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie

\*\*) Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.