



*Nr.13.470*

*Din :30.06. 2023*

*În atenția*

*Furnizorilor de servicii medicale aflați în relație contractuală cu  
Casa de Asigurări de Sănătate Caraș Severin*

În conformitate cu prevederile **Ordinului Ministerului Sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, **începând cu 01.07.2023**, modelul aprobat al formularului **Prescripție medicală – Recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale** este cel din Anexa 39B la ordinul antecitat.

Anexăm model conform Anexa 39B.

*Cu stimă și considerație,*

**DIRECTOR GENERAL,**

**Ec. Ionuț Mihai POPOVICI**

**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE,**

**Ec. Mirela ZEMAN**

**PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR  
MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU  
FUNCȚIONALE**

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

Unitatea medicală ..... |\_ | MF  
|\_ | Ambulatoriu  
|\_ | Spital

Adresa .....

Stat membru: ROMÂNIA

CUI .....

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

(pentru medicul care întocmește prescripția 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 ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află  
înscris asiguratul, întocmește prescripție 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 țară)

- e-mail medic prescriptor .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data nașterii .....

3. Domiciliul .....

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

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

6. Deficiența organică sau funcțional

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

(se bifează căsuța)

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

ori sportiv. (se bifează căsuța)

7. Pentru stomii și retenție sau/și incontinență urinară se bifează una dintre căsuțele:

permanentă  set modificat

temporară

Sunt de acord cu  
modificarea setului  
Semnătură asigurat

Se recomandă ..... zile (maximum 90/91/92 zile)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru o perioadă temporară.

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei se bifează una dintre căsuțele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap   
grav sau accentuat, definitiv

- 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)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat definitiv.

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

perioadă nedeterminată

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

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

proteză provizorie

proteză definitivă

11. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

dreapta  stânga

12. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:

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

13. Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului – Somnologie.....

(se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP..... (se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilație noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul și data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație non-invazivă..... (se va completa de către medicii care recomandă aparate de ventilație noninvazivă și dispozitive de asistare a tusei)

Data emiterii prescripției .....

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

.....

-----

\*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

\*\*\*) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 2 exemplare.

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