C ă t r e ,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CARAŞ-SEVERIN

Subsemnatul(a)[1] ....., cu domiciliul în ....., str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul ....., telefon ....., b.i./c.i seria ..... nr. ..... CNP ....., **în calitate de:**

☐ **beneficiar**

sau

☐ **membru de familie cu grad de rudenie I şi II**

☐ **soţ/soţie**

☐ **persoană împuternicită legal**

☐ **reprezentant legal**

☐ **altă persoană**

☐ **alta persoană**

al beneficiarului[2] ....., cu domiciliul în ....., str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul ....., telefon ....., b.i./c.i seria ..... nr. ..... CNP ..... pentru a depune cererea însoţită de actele anexate şi a ridica Decizia de aprobare a dispozitivului medical solicitat.

Vă solicit să aprobaţi emiterea Deciziei de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical: .....

.....,

conform prescripţiei medicale – recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale.

Beneficiarul declară pe propria răspundere că diagnosticul specificat NU ESTE urmare a unui accident de muncă sau boală profesională.

Beneficiarul declară pe propria răspundere că este de acord să plătească diferenţa de preţ în cazul în care preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât preţul de referinţă decontat de CAS CS pentru dispozitivul respectiv.

Beneficiarul/membrul de familie cu grad de rudenie I şi II/soţul/soţia/persoana împuternicită legal/reprezentantul legal/altă persoană declară că este de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Casa de Asigurări de Sănătate Caraş-Severin, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor) şi a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcţionării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

☐ **Doresc expedierea deciziei prin poștă la adresa beneficiarului**

Data …… **Semnătura** ……..

[1] se va completa de către persoana care se prezintă la Casa de Asigurări de Sănătate Caraş-Severin

[2] beneficiarul este o persoană nedeplasabilă/care se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu

[3] În cazul in care solicitarea este formulata de catre membr de familie cu grad de rudeni I și II/soțul/soția/persoana împuternicită legal/reprezentant legal/altă persoană ,se depune,în copie,actul de identitate

Documente doveditoare anexate [3]

<u>Pentru adulţi</u> (se va bifa unde este cazul):

☐ prescripţie medicală – recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale, în original

☐ b.i./c.i., în copie

☐ certificat de încadrare în grad de handicap (dacă este cazul), în copie

☐ dovada calităţii de asigurat

<u>Pentru copii: 0 – 18 ani</u> (se va bifa unde este cazul):

☐ prescripţie medicală – recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale, în original

☐ certificatul de naştere/c.i. al/a beneficiarului, în copie

☐ b.i/c.i al/a părintelui (aparţinătorului), în copie

☐ **Pentru protezare auditivă:** audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, în original, contrasemnată de către medicul ORL

☐ **Pentru protezare vizuală** - implant cu lentile intraoculare**:** biometria, în original

☐ **Pentru echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, CPAP, BPAP, aparate de asistare a tusei :** documentele medicale din care să rezulte îndeplinirea condiţiilor pentru recomandarea acestor dispozitive, condiţii prevăzute de pct. 9 din Anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui C.N.A.S. nr. 1857/441/2023.

<u>SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE PERSONALUL CAS CS</u>

Verificat dosar nr. _____***, beneficiar*** _____

Din verificare, a rezultat că dosarul ☐ ***este/*** ☐ ***nu este conform legislaţiei în vigoare.***

Motivul respingerii cererii: _____

Primit acte: _____
(numele în clar)

Verificat medic: _____
(numele în clar)

☐ ***a avut o Decizie eliberată de către CAS CS:*** _____

☐ ***nu a avut o Decizie eliberată de către CAS CS.***

Se încadrează în termenele prevăzute de lege? ☐ *DA* ☐ *NU*

Verificat în baza de date: _____
(numele în clar)