ANEXA 39 B
- model -

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

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; ☐ temporară; ☐ set modificat

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, ventilaţie noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP şi dispozitive de asistare a tusei se bifează una dintre căsuţele:

- 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 căsuţele:

☐ perioadă nedeterminată;

☐ perioadă determinată; Se recomandă .... zile (max 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**)) .....
.....
.....

13. Numărul şi data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi 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 ventilaţie noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

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

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

Data emiterii prescripţiei

.....

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

.....

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

**) Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale 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 şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

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..