

**DOMNULE PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL,**

Subsemnatul(a).....avand CNP.....nr.telefon.....

va rog sa aprobatii emiterea deciziei pentru procurarea dispozitivului medical .....

Documentele pentru procurarea dispozitivelor medicale  vor fi transmise catre CAS prin posta

vor fi depuse la sediul CAS Vaslui de catre :

O ruda de gradul I sau II, sot/ sotie SAU  Persoana imputernicita SAU  Reprezentantul legal al asiguratului  
(nume/prenume .....act identitate serie...../nr.....nr.imputernicire.....)

**Documente necesare:**

- pentru **DISPOZITIVE ORL:**
  - prescriptie medicala – *original+copie*
  - audiograma tonala liminara si vocala –original (doar pentru proteze auditive)
  - dovada calitatii de asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere) –copie / PIAS
  - act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie
- pentru **INCONTINENTA URINARA / STOMII** - prescriptie medicala – *original+copie* (cu programare –doar pentru categ.C04)
  - bilet de externare/scrisoare medicala (doar pentru catetere )
  - dovada calit.de asigurat(pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
  - act act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie
- pentru **PROTEZE MEMBRE / ORTEZE/ INCALTAMINTE ORTOPEDICA/ MIJLOACE DE MERS / PROTEZE SAN**
  - prescriptie medicala – *original+copie*
  - dovada calitatii de asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
  - act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie
- pentru **ECHIPAMENTE DE OXIGENOTERAPIE:** -prescriptie medicala + anexa „Conditii acordare” –*original+copie*
  - dovada calit.de asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
  - certificat de incadrare in grad de handicap (daca este cazul)
  - act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie
- pentru **LENTILE INTRAOCULARE:** -prescriptie medicala (cu programare pentru operatie) + biometrie –*original+copie*
  - dovada calitatii de asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
  - act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie
- pentru **INHALATOR SALIN :-** prescriptie medicala (original+copie) + certificat nastere ( copie )+ act identitate apartinator(copie)

**Decizia va fi ridicata de catre :**  Asiguratul beneficiar;  Imputernicit / Reprezentant legal ;  Va fi expediată prin posta

Adresa pentru corespondenta:.....

Am luat la cunostinta faptul ca, in situatia în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de prioritate, iar decizia se emite în momentul în care bugetul alocat permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate. La aceasta data lista de asteptare cuprinde cereri inregistrate din data de **02 DECEMBRIE 2019** .

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CAS Vaslui , in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 si a reglementarilor interne in vigoare.

Data .....

Semnatura .....