

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a).....avand CNP.....

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

Documentele vor fi depuse la CAS Vaslui astfel:

- Beneficiar ; Corespondenta (posta, curier) din localitatea de domiciliu; Email ;
- Ruda de gradul I sau II, sot/ sotie: nume/prenume.....;
- Persoana imputernicita (nume /prenume + nr.imputernicire).....;
- Reprezentant legal : nume/prenume+act justificativ.....

Documente necesare:

DISPOZITIVE ORL:

- prescriptie medicala – original+copie
- audiograma tonala liminara si vocala –original (doar pentru proteze auditive)
- dovada asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere) –copie / PIAS
- act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie

STOMII / INCONTINENTA URINARA

- prescriptie medicala – original+copie
- bilet de externare/scrisoare medicala (doar pentru catetere)
- dovada asigurat(pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
- act act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie

PROTEZE MEMBRE/ORTEZE/INCALTAMINTE ORTOPEDICA/MIJLOACE DE MERS/PROTEZE SAN

- prescriptie medicala – original+copie
- dovada asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
- act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie

LENILE INTRAOCULARE:

- prescriptie medicala (cu programare pentru operatie) + biometrie -original+copie
- dovada asigurat (pentru copii <14 ani-certificat de nastere)-copie/PIAS
- act de identitate beneficiar+ apartinator(daca este cazul) –copie

ECHIPAMENTE PT OXIGENOTERAPIE

- prescriptie medicala+ anexa „Conditii acordare” –original+copie
- dovada asigurat (pentru copii <14 ani-c. de nastere)-copie/PIAS
- certificat de incadrare in grad de handicap (daca este cazul)
- act de identitate beneficiar+apartinator(daca este cazul) –copie

TERAPIA CU AEROSOLI

- prescriptie medicala (original+copie) +certf. nastere(copie)+act identitate apartinator(copie)

Modalitatea de primire a deciziei de aprobare : Asiguratul beneficiar; Apartinator ; Expediata prin posta

Adresa de corespondenta/ Alte mentiuni:

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