



**DECIZIA**  
NR. \_\_\_\_\_ DIN \_\_\_\_\_

**Directorul general al CAS Neamț, ec. Harpa Nadia Elena, numit prin Ordinul Președintelui CNAS nr. 418/23.06.2022**

**Având în vedere:**

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;  
- prevederile H.G. nr. 696/2021 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 pentru anii 2021/2022, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

**Văzând** cererea nr. .... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate Neamț în data de ..... depusă de beneficiar, nume și prenume ..... sau de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de către acesta (prin act notarial / act de reprezentare prin avocat) sau reprezentantul legal al asiguratului (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP/cod unic de asigurare ....., prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul de specialitate dr. ...., din unitatea sanitară .....

**În temeiul** prevederilor Ordinului pentru numirea Directorului general al Casei de Asigurări de Sănătate Neamț nr.418/23.06.2022;

**DECIDE**

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv destinat recuperării unei deficiențe organice sau funcționale

.....  
.....

Dispozitive pentru protezare stomii/Dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară:

set de referință  set modificat

Dispozitive medicale, tehnologii, dispozitive asistive ce se pot acorda pereche:

dreapta  stânga

pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de ..... pentru beneficiarul .....

ART. 2 Prețul de referință/suma de închiriere decontat(ă) de către Casa de Asigurări de Sănătate Neamț este: .....

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de ..... zile calendaristice de la data de .....

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

**Director General,**  
Nadia Harpa Elena

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE, TEHNOLOGII ȘI DISPOZITIVE ASISTIVE AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE NEAMȚ CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL TEHNOLOGIA SAU DISPOZITIVUL ASISTIV..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive	Adresă completă sediu social/ lucrativ (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

**LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII RETENȚIE  
SAU/ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ NR. .... / .....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

**A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE**

Nr. talon	Perioada zi / lună / an	Nume și prenume, CNP / cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. / data
C1	C2	C3	C4	C5
12				
...				
3				
2				
1				

**LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII, RETENȚIE  
SAU/ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ ȘI FILTRE UMIDIFICATOARE HME NR. .... / .....****B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE**

Nr. talon	Perioada zi / lună / an	Nume și prenume, CNP / cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. / data
C1	C2	C3	C4	C5
3				
2				
1				

**LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE, A ECHIPAMENTELOR  
PENTRU OXIGENOTERAPIE SAU VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ NR. .... / .....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

**PENTRU FOTOLII RULANTE**

Nr. talon	Perioada zi / lună / an	Nume și prenume, CNP / cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. / data
C1	C2	C3	C4	C5
3				
2				
1				

**PENTRU ECHIPAMENTE PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ  
A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE**

Nr. talon	Perioada zi / lună / an	Nume și prenume, CNP / cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. / data
C1	C2	C3	C4	C5
12				
...				
3				
2				
1				

**B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE**

Nr. talon	Perioada zi / lună / an	Nume și prenume, CNP / cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. / data
C1	C2	C3	C4	C5
3				
2				
1				

