

Se aprobă,  
 Director General  
 Hapa Nadia Elena

**DOMNULE DIRECTOR GENERAL**

Subsemnatul(a)..... cu domiciliul în  
 ....., str....., nr....., bl....., ap.....,  
 jud.....CNP/ cod unic de asigurare/. / . / . / . / . / . / . / . / . / . / tel....., posesor (oare) al  
 BI/CI seria..... nr..... vă rog să binevoiți a-mi aproba procurarea (denumirea dispozitivului  
 medical, conform recomandării medicalului de specialitate):

Persoane care pot depune documentele pentru obținerea dispozitivului medical: asiguratul, unul din membrii  
 de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin  
 act notarial/ act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului:  
 Numele și prenumele..... C.N.P. / . / . / . / . / . / . / . / . / . / . / . / . /  
 posesor al C.I. (B.I ),seria.....nr.....domiciliat(a) în  
 localitatea.....,  
 str.....nr.....bl.....sc.....ap.....jud.....,  
 telefon.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

**Pentru adulți (se va bifa unde este cazul):**

- Recomandarea medicală în original;
- Copie BI / CI;
- certificat de încadrare într-un grad de handicap, dacă este cazul
- actul doveditor al calității de asigurat ( adeverință de asigurat/coasigurat, talon de pensie, extras din Platforma PIAS, .....)

**Pentru salariați:**

- adeverință de salariat după modelul prevăzut în Ordinul CNAS nr. 1549/2018, vizată de CAS Neamț

**Pentru copii (se va bifa unde este cazul):**

- Recomandarea medicală în original;
- Copie după certificatul de naștere sau copie BI / CI;
- Copie BI / CI al părintelui (aparținătorului), pentru copii între 0 și 18 ani;
- Adeverință de elev, student sau ucenic pentru tineri între 18 și 26 de ani.
- Pentru proteză auditivă:** audiogramele în original, contrasemnate de medical ORL;
- Pentru cristalin:** biometria în original.

Procură specială de reprezentare, dacă este cazul.

Mă angajez să suport diferența dintre prețul de livrare al dispozitivului medical și nivelul prețului de referință valabil la momentul emiterii deciziei de aprobare a dispozitivului medical.

Declar că afecțiunea de care sufăr nu a apărut în urma unui accident de muncă, sportiv sau unei boli profesionale.

**Mentionez că doresc primirea corespondenței (deciziei) prin poștă : DA / NU**

Data.....

Semnătura.....

1. Se certifică faptul că prezenta documentație se încadrează și este întocmită în conformitate cu **HG nr. 696/2021** și cu Ordinul Ministrului Sănătății și al Președintelui CNAS nr. **1068/627/2021**.

Se propune emiterea deciziei de aprobare pentru procurarea / închirierea dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive / înscriere pe lista de prioritate.

**Cons. Buculei Zica**

Semnătura.....

Data.....

2. Se certifică conformitatea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv prescris cu deficiența organică, funcțională sau fizică și încadrarea în criteriile de prioritate

**Dr. Manuela Olteanu**

Semnătura.....

Data.....

3. Se certifică realitatea, regularitatea și legalitatea încadrării în bugetul alocat cu această destinație și se recomandă emiterea deciziei de aprobare pentru procurarea / închirierea dispozitivului medical, tehnologie sau dispozitivului asistiv / înscriere pe lista de prioritate.

**Director executiv DRC**

**Ec. Gabriela Zamfir**

Semnătura.....

Data.....

4. Se propune emiterea deciziei de aprobare pentru procurarea / închirierea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv ca urmare a deblocării listei de prioritate în baza documentului prin care s-a aprobat deblocarea acestei liste:.....

**Cons. Buculei Zica**

Semnătura.....

Data.....