R O M Â N I A

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

**CASA ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE A APĂRĂRII, ORDINII PUBLICE, SIGURANȚEI NAȚIONALE ŞI AUTORITĂȚII JUDECĂTOREŞTI**

Bucureşti, str. Popa Savu nr.45, sector 1. Tel: 021.20.24.500, Fax: 021.20.24.699
Operator de date cu caracter personal, Notificare ANSPDCP nr. 3747/2007

**Nr. CR-E……../…….**

**DOMNULE DIRECTOR,**

Subsemnatul(a)…….domiciliat în ……,str……..,nr…..,bl…. ….,sc…..,et…., sector/județ……., nr.de telefon……., CNP……...,în calitate de:

- beneficiar
- membru al familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică)
- persoană împuternicită
- reprezentant legal al beneficiarului

vă rog să aprobați procurarea unui dispozitiv medical conform prevederilor legale în vigoare pentru:

Beneficiar……

CNP……

Conform consultului medical de specialitate diagnosticul este…… …… …iar dispozitivul medical recomandat este…….

**Sunt de acord** să plătesc furnizorului diferența dintre prețul de vânzare al dispozitivului ales și prețul de referință stabilit prin ordinul președintelui CNAS.

**Declar pe proprie răspundere**, cunoscând prevederile Codului Penal privind falsul în declaratii, **că <u>nu am depus şi nu voi depune dosar</u>** de procurare/inchiriere de dispozitiv medical **<u>la o altă casă de asigurări de sănătate</u>**.

**Anexez următoarele documente:**

- Recomandarea medicală;
- **Pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă recomandarea trebuie să fie insoțită de documente medicale din care sa rezulte indeplinirea condițiilor de prescriere.**
- Audiograma tonală și vocală în cazul protezelor auditive
- Biometria în cazul protezelor vizuale-implant cu lentile intraoculare
- Adeverință de salariat/talon de pensie recent
- C.I.- **copie**
- Certificat de naștere(copil) și C.I. părinte **-copie**
- Certificat handicap, unde este cazul –**copie**

**Decizia/respingerea solicitării va fi:**

- Ridicată de la sediul C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
- Expediată prin poștă la următoarea adresă……

…….

*Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.*

*□ DA □ NU L.S. ……*

Data: Semnătura: