

**CĂTRE,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE BIHOR
DIRECTOR GENERAL**

Subsemnatul(a) (Beneficiar) _____ domiciliat în localitatea
_____ str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____
Telefon _____ CNP _____ posesor al BI/CI
seria _____ nr. _____, vă rog să binevoiți a-mi aproba procurarea/închirierea
dispozitivului/dispozitivelor medicale _____

conform prescripției medicale nr. _____ eliberata de
Dr. _____

Cunoscând prevederile art.326 din Codul Penal privitoare la declarațiile nesincere date în fața
autorităților de stat și publice, declar pe proprie răspundere că deficiența organică, fizică sau funcțională
pentru care necesit dispozitiv medical nu este ca urmare a unui accident de muncă, sportiv sau a unei boli
profesionale.

Menționez că ultimul dispozitiv medical de care am beneficiat a fost
ridicat de la furnizorul _____ la data de _____

Anexez la prezenta cerere, următoarele documente:

- Prescripția medicală/Recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării
unor deficiențe organice sau funcționale, în original (valabilitate 30 zile de la eliberare)
- Audiograma tonală liminară și audiograma vocală (pentru protezare auditivă);
- Biometria (pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare);
- Documente medicale din care sa rezulte îndeplinirea condițiilor pentru recomandarea
echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilație noninvasivă și suport de presiune pozitivă continuă
CPAP/BPAP, Dispozitive de asistare a tusei, conform anexei-
spirometrie, poligrafie, polisomnografie, scrisoare medicală sau Bilet de ieșire din spital;

Împuternicit pentru transmiterea cererii, a actelor anexate și pentru ridicarea Deciziei de
aprobare (nume prenume) _____ în calitate de
(rudenie gr.I sau II ,sot/sotie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta-prin act notarial/act
de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului), sau orice persoană cu excepția
reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale cu B.I./C.I cu seria _____
nr. _____ C.N.P. _____ Tel. _____

Data

Semnătura,

*Prin punerea la dispoziție a datelor cu caracter personal în prezentul înscris sunt de acord cu prelucrarea acestora în
scopul vizat de obiectul cererii, în conformitate cu prevederile art.9 alin(2) lit.(a) din Regulamentul(UE)2016/679,
cunoscând faptul că CAS Bihor este operator de date cu caracter personal. Am luat la cunoștință ca datele cu caracter
personal depuse la prezenta cerere vor fi utilizate de CAS Bihor pentru îndeplinirea obligațiilor legale conferite de Legea
95/2006 cu modificările și completările ulterioare și a Ordinului ministrului sănătății și președintelui CNAS pentru
aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor H.G. aflate în vigoare.
Timp mediu de completare 3-5 min

Verificat,