

**PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE
PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE, TEHNOLOGIILOR, DISPOZITIVELOR
ASISTIVE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

Nr. _____ / _____ⁱ

Unitatea medicală _____ |_| MF

Adresa _____

|_| Ambulatoriu

|_| Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI _____

Nr. contract _____ încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)

Nr. contract _____ încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

_____ se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală - recomandare)

Nume, prenume medic _____

Cod parafă medic _____

Specialitatea medicului prescriptor _____

Date contact medic prescriptor:

• telefon/fax medic prescriptor _____

(se va completa inclusiv prefixul de țară)

• e-mail medic prescriptor _____

1. Numele și prenumele asiguratului _____

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data nașterii _____

3. Domiciliul _____

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului _____

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: _____

6. Deficiența organică sau funcțională

– nu este ca urmare a unei boli profesionale |_| (se bifează căsuța)

– nu este ca urmare a unui accident de muncă |_| (se bifează căsuța)

– ori sportiv.

7. Pentru stomii și retenție sau/și incontinență urinară se bifează una dintre căsuțele:

permanentă

set modificat Sunt de acord cu modificarea setului

Semnătură asigurat

temporară

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se bifează una dintre căsuțele:

cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

Se recomandă _____ zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)

Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

perioadă nedeterminată

perioadă determinată; se recomandă _____ zile (maximum 90/91/92 zile)

9. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuțele:

proteză provizorie

proteză definitivă

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

dreapta

stânga

11. Denumirea și tipul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv recomandat: (din anexa nr. 38 la ordin ⁱⁱ)

Data emiterii prescripției _____

Semnătura (*olografă sau electronică, după caz*) și parafa medicului _____

Notă:

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ⁱ Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

ⁱⁱ Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ____/____/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a 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, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.