

CATRE,

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A MUNICIPIULUI  
BUCURESTI**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cu domiciliul în București, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, etajul \_\_\_\_\_, apartamentul \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, CNP....., în calitate \* de:

**beneficiar**

Declar pe propria răspundere că diagnosticul specificat NU ESTE / ESTE urmare a unui accident de muncă sau boală profesională.

Sunt de acord să plătesc diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CASMB pentru dispozitivul respectiv.

**membru al familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică)**

**persoană împuternicită**

**reprezentantul legal al beneficiarului**

Vă solicit să aprobați compensarea, conform prevederilor legale în vigoare, pentru procurarea dispozitivului medical \_\_\_\_\_, conform prescripției medicale, pentru:

Numele și prenumele beneficiarului: \_\_\_\_\_

Codul numeric personal (CNP): \_\_\_\_\_

**NOTĂ**

\*În cazul în care, beneficiarul este altă o persoană nedeplasabilă / care se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu, solicitantul va depune o copie după actul său de identitate și va menționa motivul .....

pentru care beneficiarul nu a depus cererea în nume propriu.

De asemenea, solicitantul va depune declarația pe propria răspundere dată de beneficiar că diagnosticul specificat NU ESTE / ESTE urmare a unui accident de muncă sau boală profesională și declarația beneficiarului că este de acord să plătească diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CASMB pentru dispozitivul respectiv.

Anexez documentele doveditoare (vezi pagina 2).

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura

solicitantului:

\_\_\_\_\_

## Documente doveditoare anexate:

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

- Recomandarea medicală în original;
- Copie BI / CI;
- certificat de incadrare intr-un grad de handicap, daca este cazul
- Adeverinta de asigurat pentru pensionari si celelalte categorii de persoane

### **Pentru salariați:**

- adeverință de salariat dupa modelul prevazut in Ordinul CNAS nr. 903/2007

### 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.

### se completează de către personalul CASMB

Verificat dosar nr. \_\_\_\_\_, beneficiar \_\_\_\_\_

Din verificare, a rezultat că dosarul este / nu este conform legislației în vigoare.

Observatii suplimentare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Primit acte -----

( numele în clar)

Verificat medic \_\_\_\_\_

( numele în clar)

Prețul de referință decontat de către CASMB este de \_\_\_\_\_ RON

a avut o Decizie eliberată de către CASMB: \_\_\_\_\_

nu a avut o Decizie eliberată de către CASMB.

Se încadrează în termenele prevăzute de lege?  DA  NU

Verificat în baza de date  
(numele în clar)

Verificat economic  
(numele în clar)