

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

Nr.*/.....*)

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 ori sportiv. ☐ (se bifează căsuța)

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

☐ permanentă ☐ set modificat

☐ temporară

Sunt de acord cu
modificarea setului
Semnătură asigurat

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă 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)

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

☐ perioadă nedeterminată

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

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

☐ proteză provizorie

☐ proteză definitivă

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

☐ dreapta ☐ stânga

12. Denumirea și tipul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin**))

.....

Data emiterii prescripției

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

.....

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

**) 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./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.

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.