

C E R E R E

pentru rambursarea contravalorii asistentei medicale acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene

Doamna/Domnule Presedinte-Director General
al Casei Judetene de Asigurari de Sanatate **Timis**,

Subsemnatul(a), C.N.P.,
domiciliat(ă) in, str., nr., bl.,
sc....., ap., jud., tel., e-mail

vă rog să binevoiti a-mi aproba rambursarea contravalorii cheltuielilor aferente serviciilor medicale primite in
străinătate pentru prestații de boală/maternitate, in perioada,
si achitate de mine la data de, deoarece

Menționez si susțin următoarele:

1. Statul membru UE/SEE sau Elveția în care m-am deplasat a fost
2. Perioada exactă a sejurului (zi/lună/an) a fost de la la
3. **Am beneficiat / nu am beneficiat** de asigurarea privată de sănătate înregistrată cu nr....., la firma
4. Natura sejurului (vacanță, detașare, studii, călătorie de afaceri, efectuarea tratamentului medical)
5. Scopul călătoriei a fost de a obține tratament medical de la
6. Debutul bolii a avut loc în România: DA / NU și am continuat tratamentul pe perioada deplasării mele.
7. Am beneficiat de îngrijiri de urgență: DA / NU
8. Unitatea sanitară care mi-a acordat îngrijirile medicale **a luat în considerare / nu a luat în considerare** cardul european de asigurări de sănătate nr. valabil până la data de
9. Nr. contului meu bancar, activ, este:
10. **Am luat la cunostinta faptul ca, in vederea realizarii rambursarii contravalorii cheltuielilor era obligatoriu sa fi fost asigurat(a) in sistemul asigurarilor sociale de sanatate din Romania pe toata perioada in care am beneficiat de prestatii medicale in strainatate, si in acest scop se va efectua verificarea calitatii mele de asigurat pentru perioada respectiva in conformitate cu legislatia romana.**

Data:

Semnătura:

NOTĂ:

I.) – Este obligatorie completarea tuturor pozițiilor de la 1 la 8.

II.) – La dosar se vor depune următoarele documente:

1. bilet de internare, emis de un cadru medical din Romania, cu o data anterioara internarii pentru care se solicita rambursarea;
2. copie dupa CI/BI;
3. fisa de externare cu diagnostic, **în original**;
4. factura și chitanta, **în original**, care atesta achitarea integrala a platii pentru serviciul medical primit;
5. alte documente justificative din care rezulta ca asiguratul a beneficiat de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale;
6. copie dupa un extras de cont **continand un cont bancar activ, pe numele titularului de servicii medicale.**