

A P R O B,  
Director C.M.D.T. A. Oradea  
Comisar șef de poliție medic

Dr. Cordoș Mircea-Decebal

**CENTRUL MEDICAL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AMBULATORIU ORADEA  
- MEDICI DE FAMILIE DIN AFARA REȚELEI M.A.I.-**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, legitimat (ă) cu C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, angajat(ă) al(a) /pensionar al M.A.I. \_\_\_\_\_, în funcția de \_\_\_\_\_ și aflat pe lista medicului de familie \_\_\_\_\_ **din afara rețelei medicale M.A.I.**, rog să-mi restituiți suma de \_\_\_\_\_ lei, reprezentând contravaloarea medicamentelor achitate din fonduri proprii la farmacia \_\_\_\_\_ pentru persoana mea/membrul de familie \_\_\_\_\_ cu CNP \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, în baza rețetelor medicale \_\_\_\_\_

Anexez:

- a) copia rețetei electronice (componenta precierie) eliberată de către medic prescriptor din afara sistemului medical al M.A.I.;
- b) copie rețeta electronică (componenta eliberare), emisă de farmacia care a eliberat medicamentele prescrise pe componenta prescriere;
- c) rețeta simplă în original eliberată de către medicii de familie din afara sistemului medical al M.A.I. cu data prescrierii, semnătura și parafa medicului prescriptor, ștampila rotundă a unității sanitare, aceasta cuprinzând diagnosticul și nr. din registrul de consultații;
- d) rețeta verde (exemplarul pacientului) pentru rețetele tip tabela III;
- e) rețeta eliberată de către medicul specialist împreună cu copia scrisorii medicale sau copia biletului de ieșire din spital (dacă este cazul) cu data eliberării, semnătura și parafa medicului prescriptor, ștampila rotundă a unității sanitare;
- f) facturile fiscale și bonurile fiscale, ambele în original, ale rețetelor eliberate de farmacie;
- g) copie C.I. a asiguratului M.A.I. care solicită decontarea;
- h) documente justificative din care să reiasă calitatea de membru de familie (soț, soție, copiii și părinți aflați în întreținerea legală ai cadrelor M.A.I. și care nu realizează alte venituri), pentru care se solicită decontarea (copii documente de identitate: certificat de naștere, carte de identitate, certificat de căsătorie);
- i) adeverință de la locul de muncă al cadrului M.A.I. din care să rezulte calitatea de angajat M.A.I. cu drept la gratuitate (polițist sau cadru militar al M.A.I.), respectiv coasigurat pentru membrul de familie pentru care se solicită decontarea, adeverință de la școală/facultate pentru tinerii între 18-26 ani (dacă urmează cursurile la zi și nu au venituri), adeverință de venit de la administrațiile financiare pentru soțul sau soția care nu are venituri;
- j) copie talon pensie pentru pensionarii M.A.I. (fără pensionarii care provin de la Penitenciar, S.R.I. sau alte structuri și care primesc pensia de la Casa Sectorială de Pensii a M.A.I. dar nu sunt pensionari ai M.A.I.);
- k) extras cont bancar, pentru virarea sumelor;
- l) adresă scrisă de la farmacie că au eliberat cel mai ieftin produs comercial al aceluiași DCI, aflat pe stoc, ca urmare a imposibilității aprovizionării cu medicamente la preț de referință respectiv copie după cererea asiguratului, către farmacie, pentru eliberarea medicamentelor la preț de referință, înregistrată la farmacie, însoțită de dovada demersurilor efectuate în acest sens de farmacie (documente specificate și în Anexa 36, art.7, alin. 6 din Ordinul comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019;
- m) alte documente considerate necesare.

Solicit virarea sumei în contul bancar nr. \_\_\_\_\_

Pot fi contactat pentru informații la telefon nr. \_\_\_\_\_

Localitatea \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_