

MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
DIRECȚIA MEDICALĂ
CENTRUL MEDICAL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AMBULATORIU ORADEA
CENTRUL MEDICAL JUDEȚEAN _____

NESECRET
Exemplar unic
Nr.
Data.

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 CADRUL 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 cadrul rețelei medicale M.A.I.**, rog să-mi restituți suma de
_____ lei, reprezentând contravaloarea medicamentelor achitate din fonduri proprii la farmacia
_____ pentru persoana mea/membrul de familie (coasigurat)
_____ cu CNP _____ / / / / / / / / / / / / / / / / /, în baza
rețetelor medicale _____

Anexez:

- a) copia rețetei electronice eliberată de către medic prescriptor (componenta prescriere) din cadrul sistemului medical al M.A.I.;
- b) rețeta electronică (componenta eliberare), în original, emisă de farmacia care a eliberat medicamentele prescrise pe componenta prescriere;
- c) rețeta tip M.A.I., exemplarul alb în original, emisă de medicul prescriptor;
- 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 și adresa scrisă de la farmacie că au eliberat cel mai ieftin produs comercial al aceluiși 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;
- 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 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 sau S.R.I. 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) alte documente considerate necesare.

Solicit virarea sumei în contul bancar nr. _____
Pot fi contactat pentru informații la telefon nr. _____

Localitatea _____

Data _____

Semnătura _____