ANEXA NR. 1 la Procedura C.M.D.T.A. Ploiesti nr. 1.534.013 din 24.11.2013

MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
DIRECȚIA MEDICALĂ
CENTRUL MEDICAL DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT AMBULATORIU PLOIEŞTI
CENTRUL MEDICAL JUDEȚEAN_____

Nr._____din_____

APROB,
DIRECTOR C.M.D.T.A. Ploieşti

Către,
CENTRUL MEDICAL DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT AMBULATORIU PLOIEŞTI

Subsemnatul(a)_____ cu domiciliul în localitatea _____, strada _____, nr.__, bl.__, sc.__, et.__, ap. __, judeţul/sectorul _____, posesor al BI/CI seria ____, nr. _____, CNP __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, angajat(ă) al(a)/pensionar al M.A.I. (arma)_____, în calitate de _____ şi aflat pe lista medicului de familie _____ din _____, rog să îmi aprobaţi decontarea contribuţiei personale reprezentând coplata achitării din fonduri proprii pentru medicamente :

☐ prescrise pe reţete tip C.N.A.S.;
☐ prescrise pe reţete tip M.A.I.;
☐ altă categorie _____

la farmacia _____ din localitatea _____, pentru persoana mea/membrul de familie _____ cu CNP __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente justificative:

☐ fotocopia reţetei electronice (componentă prescriere) eliberată de către medicul prescriptor;
☐ fotocopia reţetei tip M.A.I. eliberată de medicul prescriptor din M.A.I.;
☐ fotocopie reţeta electronică (componenta eliberare), emisă de farmacia care a eliberat medicamentele corespunzătoare prescrierii;
☐ reţeta simplă în original eliberată de către medicii de familie din afara sistemului medical al M.A.I. cu data prescrierii, semnătura şi parafa medicului prescriptor, ştampila rotundă a unităţii sanitare, aceasta cuprinzând diagnosticul şi număr din registrul de consultaţii;
☐ reţeta verde (exemplarul pacientului) pentru reţetele tip tabel III;
☐ reţeta eliberată de către medicul specialist împreună cu copia scrisorii medicale sau copia biletului de ieşire din spital (dacă este cazul) cu data eliberării, semnătura şi parafa medicului prescriptor, ştampila rotundă a unităţii sanitare;
☐ factura fiscală în original şi bonul fiscal în original şi în fotocopie aferente reţetei eliberate de farmacie;
☐ copie B.I./C.I. a asiguratului M.A.I. care solicită decontarea;
☐ documente justificative din care să reiasă calitatea de membru de familie (soţ, soţie, copiii şi părinţi aflaţi în întreţinerea legală ai cadrelor M.A.I. şi care nu realizează alte venituri), pentru care se solicită decontarea (fotocopii documente de identitate: certificat de naştere, carte de identitate, certificat de căsătorie);
☐ adeverinţă 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, adeverinţă de la şcoală/facultate pentru tinerii între 18-26 ani (dacă urmează cursurile la zi şi nu au venituri), adeverinţă de venit de la administraţiile financiare pentru soţul sau soţia care nu are venituri;
☐ fotocopia ultimului cupon de pensie pentru pensionarii M.A.I. (cu excepţia pensionarilor care provin de la Administraţia Naţională a Penitenciarelor sau S.R.I., S.T.S. , etc şi care primesc pensia de la Casa Sectorială de Pensii a M.A.I. aceştia nefiind pensionari M.A.I.);
☐ **extras de cont bancar eliberat de bancă, pe numele solicitantului, pentru virarea sumelor** ;
☐ alte documente considerate necesare _____.

Solicit plata contravalorii contribuţiei personale prin virament bancar în contul menţionat în extrasul de cont.
Persoană de contact _____, tefefon _____, e-mail _____.

Data _____ Semnătura _____