

Număr de înregistrare în unitatea sanitară.....din data.....

AVIZAT  
CASAOPSNAJ  
Director Executiv Medical  
.....  
(data, semnătura, ștampila)

**RAPORT**

**medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii  
asistenței medicale transfrontaliere**

1. Medicul.....  
(numele și prenumele)  
medic specialist în specialitatea....., secția.....  
din Spitalul Clinic/Județean.....
2. Pacientul.....  
...  
(numle și prenumele)  
CNP....., cu domiciliul în.....
3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data de.....
4. A fost internat cu ultima Foaie de observație nr.....
5. A fost diagnosticat cu.....  
.....  
.....
6. Prezentarea unui scurt isoric al afecțiunii și al tratamentelor efectuate.....  
.....  
.....  
.....  
.....
7. Tipul de asistență medicală recomandat \* ) :  
Implant sau înlocuire de defibrilaor cardiac
- Endoprotezare articulară tumorală
- Implant segmentar de coloană
- Bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive
- Nașterea

În contextul prezent consider că pacientul poate beneficia de asistență medicală transfrontalieră deoarece:

a) nu poate fi acordată de nicio unitate sanitară cu paturi din România într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția probabilă a bolii asiguratului (se explicitează și se argumentează motivele pentru care serviciul solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
b) deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de tratament medical (se explicitează și se argumentează):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
La prezentul raport medical se atașează următoarele înscrisuri <sup>\*\*</sup>) medicale care susțin tipul asistenței medicale recomandat:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Prezentul raport se întocmește de către un medic dintr-un spital clinic/județean aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate din România.

8. Întocmit de –MEDIC

Nume.....semnătură și parafă.....

9. Pentru conformitate- ȘEF SECȚIE

Nume.....semnătură și parafă.....

10. Pentru avizare-MANAGER SPITAL

Nume.....

.....  
Semnătura și ștampila spitalului

.....  
\*) Se bifează tipul de asistență medicală recomandat.

\*\*) Înscrierile medicale trebuie să fie datate, semnate și ștampilate.

**NOTĂ:**

**Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.**

OBSERVAȚII (se motivează refuzul avizării de către medicul-șef al casei de asigurări de sănătate)