

# Cerere pentru îngrijire medicală și/sau ajutor material

(Dacă nu ai acces la versiunea electronică a acestui formular, te rugăm să scrii răspunsurile în mod citet.

Dacă ai nevoie de mai mult spațiu pentru răspunsuri, poți anexa la formular o pagină suplimentară.)

<b>Numele:</b>	<b>Data:</b>
<b>Data nașterii:</b>	<input type="checkbox"/> Bărbat <input type="checkbox"/> Femeie
<b>Repartiția:</b>	<b>Numărul de telefon mobil:</b>

**Te rugăm să selectezi una sau mai multe dintre următoarele categorii care ar descrie cel mai bine cererea ta prealabilă pentru îngrijire medicală.**

**1. ☐ Evaluare Medicală Periodică (EMP):** Mă simt bine și nu am *nici un fel de simptome*. Totuși, aș dori să mi se efectueze un examen general pentru a aprecia starea mea de sănătate. Dacă e posibil, aș dori să mi se efectueze următorul tip de examen:

☐ Stomatologic ☐ Oftalmologic ☐ Medical ☐ Altele: \_\_\_\_\_  
(Exemplu: Dermatologic, ginecologic, etc.)

● **Ți s-a mai efectuat un EMP?** ☐ Da ☐ Nu

● Dacă da, ultima EMP a fost în: \_\_\_\_\_

● Dacă da, evaluarea a inclus următorul examen: ☐ Stomatologic ☐ Oftalmologic ☐ Medical ☐ Altele: \_\_\_\_\_

☐ Cer ajutor ca EMP să fie făcut la o instituție medicală recomandată de filială

☐ Voi face propriile aranjamente dar aș dori ajutor pentru a acoperi cheltuielile în sumă de \_\_\_\_\_

**2. ☐ Evaluarea Diagnostică (ED):** Am avut dureri și/sau alte simptome. Aș dori să fiu consultat de un furnizor de servicii medicale pentru diagnostic și recomandarea unui tratament. Pentru a fi stabilit diagnosticul această cerere poate include investigații de laborator și/sau radiologice.

● **Te rugăm să faci o descriere detaliată a simptomelor tale:**

● **De cât timp ai aceste simptome?** \_\_\_\_\_

● **Au fost aceste simptome evaluate anterior?** ☐ Da ☐ Nu

○ Dacă da, scrie data ultimei evaluări diagnostice: \_\_\_\_\_

☐ Cer ajutor ca ED să fie făcută la o instituție medicală recomandată de filială

☐ Voi face propriile aranjamente dar aș dori ajutor pentru a acoperi cheltuielile în sumă de \_\_\_\_\_

**3. ☐ Tratament:** Mi s-a stabilit un diagnostic medical și furnizorul de servicii medicale mi-a oferit un plan de tratament. (De exemplu: Intervenție chirurgicală, radioterapie, fizioterapie, tratament medicamentos, extracție dentară, etc.)

● **Care este boala / situația patologică / diagnosticul tău?**

● **Ai mai fost tratat anterior pentru această situație?** ☐ Da ☐ Nu

○ Dacă da, menționează ultima dată când ai fost tratat: \_\_\_\_\_

☐ Cer ajutor ca acest tratament să fie făcut la o instituție medicală recomandată de filială

☐ Voi face propriile aranjamente dar aș dori ajutor pentru a acoperi cheltuielile în sumă de \_\_\_\_\_

### Informații suplimentare

4. Te rugăm să oferi orice informații utile despre necesitățile de îngrijire medicală care nu au fost menționată în secțiunile de mai sus. (De exemplu, ai alte boli care au fost diagnosticate, cum ar fi diabetul zaharat, hipertensiunea, cancer, boli cardiace, etc.? Care sunt medicamentele, vitaminele și/sau suplimentele pe care le primești acum și în ce doză?)

- Ai încercat să primești acest tratament pe bază poliței de asigurare medicală? ☐ Da ☐ Nu
  - Te rugăm să explici:

### Întrebări

5. Am următoarele întrebări:

### Evidența cheltuielilor

Pentru rambursarea cheltuielilor medicale aprobate, vă rugăm să completați această parte a formularului și s-o trimiteți la Biroul de îngrijire a sănătății împreună cu copiile chitanțelor care confirmă cheltuielile.

Data	Preț, lei	Descrierea cheltuielilor (consultație, analize, injecții, RMN, ultrasonografie, medicamente, etc.)	Chitanță (da/nu)
<b>Total</b>			

### DOAR PENTRU FILIALĂ

<b>Aprobat de:</b>	<b>Data:</b>
<b>Furnizor:</b>	<b>Costul:</b>
<b>Comentarii suplimentare:</b>	