

Serie: BTIAL Nr. 2855700



1. Unitate medicală

CUI **Serie si Nr. bilet**
Sediu (localitate, str., nr.) (necesare la programarea
Județul pentru investigatii laborator)
Casa de asigurări:
Nr. contract/convenție

- MF
 Amb.
Spec.
 Altele

Nivel de prioritate

Urgență

Curente

2. Date de identificare asigurat

Asigurat la CAS R.C.:

Nume

Prenume **Progr. naț./Prevenție**

Valabilitate: 90 zile

Adresa (inclusiv data trimiterii)

- Salariat
 Coasigurat
 Liber-profesionist
 Copil (<18 ani)
 Elev/Ucenic/
Student (18-26 ani)
 Gravidă/Lehuză
 Pensionar
 Alte categorii
- Veteran
 Revoluționar
 Handicap
 PNS
 Ajutor social
 Șomaj
 Card European (CE)
 Acorduri internaționale

CID
CNP
CE
PASS

3. Cod diagnostic

Diagnostic P A/S C M

Data trimiterii / / Semnătura medicului L.S.

4.

Poziția	Cod investigație	mandate	Investigatii efectuate
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**Semnătura
si parafa medicului**

Acuți/Subacuți

Valabilitate: 30 zile

(inclusiv data trimiterii)

Cronici

Valabilitate: 60 zile

(inclusiv data trimiterii)

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice: L.S.

6. Data prezentării asiguratului

Semnătura asiguratului