

Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS

Serie

Număr

1. Unitate medicală

CUI

Sediu (localitate, str., nr.)

Județul

Casa de asigurări Nr. contract

L.S. MF
 Amb. Spec.

Nivel de prioritate

Urgență

Curente

2. Date identificare asigurat

Asigurat la CAS RC

Nume

Prenume

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beneficiar

Pachet de bază

Pachet facultativ

Pachet minimal

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salariat | <input type="checkbox"/> Veteran |
| <input type="checkbox"/> Persoană în întreținere | <input type="checkbox"/> Revoluționar |
| <input type="checkbox"/> Pensionar | <input type="checkbox"/> Handicap |
| <input type="checkbox"/> Copil (<18 ani) | <input type="checkbox"/> PNS |
| <input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/
Student (18-26 ani) | <input type="checkbox"/> Ajutor social |
| <input type="checkbox"/> Gravidă/Lehuză | <input type="checkbox"/> Șomaj |
| | <input type="checkbox"/> Alte categorii |

3. Cod diagnostic

--	--	--	--	--

Diagnostic

--	--	--	--	--

Data trimiterii/...../..... Semnătura medicului

Cod parafă

--	--	--	--	--	--

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

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de laborator L.S. Laborator

6. Data prezentării asiguratului

Semnătura asiguratului