

ÎN ATENȚIA PERSOANELOR ASIGURATE

În calitate de instituție care are obligația de a susține interesele asiguraților pe care îi reprezintă, Casa de Asigurări de Sănătate Dolj informează asigurații cu privire la dreptul lor de a solicita verificarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale de care au beneficiat într-o anumită perioadă de timp.

Informațiile vor fi puse la dispoziția celor interesați în baza unei cereri datată și semnată personal de asigurat (asiguratul se va legitima cu CI/BI), depusă la Compartimentul Relații Publice, Purtător de Cuvânt al CAS Dolj, camera 21, la care se va anexa copia actului de identitate. Cererile se pot depune în zilele de marți și joi, între orele 9-11.

Persoana solicitantă se va prezenta la CAS Dolj - Compartimentul Relații Publice, Purtător de Cuvânt, camera 21, în termen de 15 zile de la depunerea cererii, unde, pe bază de BI/CI, primește datele solicitate. Pentru operativitate, se recomandă ca solicitantul să se prezinte cu un suport electronic pentru preluarea datelor solicitate.

IMPORTANT: Întrucât datele sunt confidențiale, ele nu vor fi furnizate decât titularului, care devine răspunzător de modul lor de utilizare. CJAS Dolj subliniază faptul că, în momentul furnizării informațiilor către asigurat, vor fi respectate toate normele cu privire la pastrarea confidențialității datelor cu caracter personal având în vedere faptul că instituția noastră este operator de date cu caracter personal nr. 284, conform Legii nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare.

În situația în care asigurații constată că nu au beneficiat în parte sau în totalitate de serviciile medicale, medicamentele și/sau dispozitivele medicale raportate sunt rugați să sesizeze în scris acest fapt către CAS Dolj.

Modelul de cerere poate fi descărcat accesând www.casdj.ro sau poate fi găsit la sediul CAS Dolj din Craiova, str. 1 decembrie 1918 nr. 8, jud. Dolj, camera 21.

Domnule Președinte-Director General,

Subsemnatul(a),....., cu domiciliul
în,
CNP....., telefon....., posesor al BI/CI
serianr....., vă rog să-mi aprobați comunicarea serviciilor
medicale/medicamentelor/dispozitivelor medicale de care am beneficiat în perioada
.....

Anexez copie BI/CI.

Data

Semnătura,

Domnului Președinte –Director General al CAS Dolj