



FARMACII

TelVerde: 0800 800 971

Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice, cu infecție HIV/SIDA și pentru stări posttransplant, cuprinși în programul național cu scop curativ pentru care perioada poate fi de până la **90 de zile**.

Pentru **bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă**, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile de la data externării.

Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în **sublista A este de 90%** din prețul de referință, al celor din **sublista B este de 50%** din prețul de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din **sublista C este de 100%** din prețul de referință. Prețul de referință reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație.

Farmacia este obligată să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 12 ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul / medicamentele din Lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta / acestea nu există la momentul solicitării în farmacie.

FARMACII

TelVerde: 0800 800 971

Pentru **bolile cronice**, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

- a) pentru **sublista A** - **o singură prescripție lunar**, cu **maximum 4 medicamente**;
- b) pentru **sublista B** - **o singură prescripție lunar**, cu **maximum 3 medicamente** cu valoarea totală calculată la prețul de vânzare cu amănuntul de **maximum 300 lei**, cu excepția medicamentelor prevăzute în această sublistă, notate cu #, situație în care se prescrie o singură prescripție, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună mai mare de 300 lei, cu medicamente notate cu # pe lună, fără a se mai prescrie și alte medicamente din sublista B în luna respectivă;
- c) pentru **sublista C secțiunea C1** - pe fiecare cod de boală, **o singură prescripție lunar**, cu **maximum 3 medicamente**;
- d) pentru **sublista C secțiunea C3** - **o singură prescripție lunar**, cu **maximum 4 medicamente**.

Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic, corespunzătoare fiecărei DCI cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1, pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică.

Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite.

Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni beneficiază de **medicamente gratuite, fără plafonare valorică și cantitativă**. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni se suportă integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.

MEDICINĂ PRIMARĂ

TelVerde: 0800 800 971

Accesul pacienților la serviciile medicale oferite de cabinetele de medicină primară se face urmare înscrierii persoanelor pe lista de înscriși a medicului de familie.

Pentru înscrierea pe lista unui medic de familie persoana are nevoie de următoarele documente:

- cererea de înscriere sau transfer;
- dovada calității de asigurat;
- copie după acte de identitate.

Cererea de transfer pe lista altui medic de familie se aprobă după trecerea unei perioade de **6 luni de la ultima înscriere**.

Transferul presupune realizarea a două acțiuni:

- transmiterea fișei medicale la medicul de familie pentru care asiguratul a optat pentru acordarea asistenței medicale primare;
- radierea din lista proprie de asigurați a persoanei care se transferă în baza solicitării pe care o face medicul la care asiguratul s-a transferat.

Pachetul de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde:

A) servicii profilactice: urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului, supravegherea gravidei, examen de bilanț anual al copiilor de la 2 la 18 ani, controale medicale pentru adulți în vederea depistării bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, imunizări, controale periodice de epicriză pentru afecțiuni care necesită dispensarizare – insuficiență cardiacă, diabet zaharat Tip II, HTA cu AVC, depistarea bolilor cu TBC confirmați de medicii specialiști și servicii de planificare familială.

B) servicii medicale curative: consultații, tratamente medicale, prescriere de rețete medicale și regim igienico-dietetic, recomandări de investigații paraclinice, eliberarea de bilete de trimitere în ambulatoriul de specialitate și aplicarea tratamentului strict supravegheat pe baza schemei TSS a bolnavilor TBC luați în evidență.

MEDICINĂ PRIMARĂ

TelVerde: 0800 800 971

Asistența medicală la domiciliu se poate acorda în cadrul programului de teren pentru situațiile în care medicul de familie consideră necesară deplasarea, precum și în afara programului de lucru, în limita a 5 consultații pe săptămână.

C) servicii medicale pentru situațiile de urgență se acordă la cabinetul medical și în centre de permanență în afara programului de lucru al medicilor de familie. În localitățile unde nu funcționează centre de permanență urgențele sunt asigurate în cadrul structurilor UPU (unități primire urgență) din cadrul unităților sanitare cu paturi, precum și de către serviciul de ambulanță județean.

D) activități de suport pentru eliberarea de acte medicale

Persoanele care nu au calitatea de asigurat beneficiază de **pachetul minimal de servicii medicale** dacă se înscriu pe lista unui medic de familie. Pachetul minimal cuprinde:

- servicii medicale de urgență;
- supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic;
- imunizări sau vaccinări;
- servicii de planificare familială.

Pachetul de servicii medicale **pentru persoanele care se asigură facultativ** cuprinde în plus față de pachetul minimal servicii de supraveghere a gravidei, precum și servicii medicale curative constând în consultații pentru afecțiuni intercurente.

Persoanele care sunt titulare ale cardului european de asigurări de sănătate emis de state membre UE, beneficiază de asistență medicală necesară pentru menținerea stării de sănătate pe perioada rezidenței în România. De aceleași drepturi beneficiază și cetățenii români în statele U.E., în alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri sau convenții cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute în documentele respective.

AMBULATORII CLINICE

TelVerde: 0800 800 971

În **ambulatoriile de specialitate clinică** se acordă următoarele servicii:

- consultații medicale de specialitate;
- servicii medicale, diferențiate pe specialități.

Accesul asiguraților la furnizorii de servicii medicale clinice se realizează pe bază de **bilet de trimitere** eliberat de:

- medicul de familie;
- alt medic de specialitate pentru care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- medicii cu care casa de asigurări de sănătate are încheiate convenții.

Biletul de trimitere nu este necesar în următoarele cazuri:

- urgențele medico-chirurgicale;
- consultațiile de control pentru afecțiunile confirmate;
- serviciile de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială.

Pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european de asigurări de sănătate – **nu se solicită bilet de trimitere.**

Furnizorii de servicii medicale de specialitate clinică au obligația să afișeze casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract, serviciile medicale contractate cu casa de asigurări de sănătate, precum și tarifele practice pentru serviciile acordate în afara contractului cu casa de asigurări de sănătate.



AMBULATORII PARACLINICE

TelVerde: 0800 800 971

Serviciile medicale paraclinice de care beneficiază asigurații sunt:

- analize medicale de laborator;
- investigații de radiologie și imagistică medicală;
- servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, angiografie și scintigrafie.

O parte din analizele medicale de laborator și de radiologie și imagistică pot fi recomandate de medicii de familie, restul putând fi recomandate doar de medicii specialiști.

Serviciile medicale de înaltă performanță pot fi recomandate doar de medicii specialiști, în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale;
- afecțiuni în care au fost epuizate celelalte mijloace de investigație.

Accesul asiguraților la furnizorii de servicii paraclinice care au contract cu casa de asigurări se face numai pe baza biletului de trimitere emis de medicul de familie sau medicul specialist.

Persoanele neasigurate nu pot beneficia de servicii paraclinice decontate de casa de asigurări de sănătate.

Cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european de asigurări de sănătate – **pot beneficia** de investigații paraclinice **pe baza biletului de trimitere** eliberat de medicul specialist.

Mamografia și examenul Babeș-Papanicolau pot fi recomandate atât de medicul specialist, cât și de medicul de familie în cazul în care există o suspiciune a unei afecțiuni.

Furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinică **au obligația** să afișeze casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract, serviciile medicale și tarifele contractate cu casa de asigurări de sănătate, precum și tarifele practicate pentru serviciile acordate în afara contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Pentru **investigațiile paraclinice de care beneficiază asigurații în regim ambulatoriu**, decontate de casa de asigurări de sănătate, **nu se percepe coplată.**

CONCEDII MEDICALE

TelVerde: 0800 800 971

Care sunt categoriile de concedii care se pot acorda asiguraților?

Asigurații au dreptul la următoarele tipuri de concedii medicale: pentru incapacitate temporară de muncă, pentru prevenirea îmbolnăvirilor și recuperarea capacității de muncă, pentru maternitate, pentru îngrijirea copilului bolnav și de risc maternal.

Cine are dreptul la concedii și indemnizații?

Persoanele asigurate au dreptul, pe perioada în care au domiciliul sau reședința pe teritoriul României, la concedii medicale și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, dacă:

- 1) desfășoară activități pe bază de contract individual de muncă, desfășoară activități în funcții electivă sau sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești, ale căror drepturi și obligații sunt asimilate și dacă beneficiază de drepturi bănești lunare ce se suportă din bugetul asigurărilor pentru șomaj;
- 2) au calitatea de asociați, comanditari sau acționari, administratori sau manageri, membri ai asociației familiale, autorizate să desfășoare activități independente;
- 3) sunt persoane care încheie un contract de asigurări sociale pentru concedii și indemnizații pentru maternitate și concedii și indemnizații pentru îngrijirea copilului bolnav, în condițiile în care au început stagiul de cotizare până la data de 1 ianuarie 2006.

Cine plătește indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate?

Plata indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele amintite la pct. **1) se face de către angajator**, cel mai târziu odată cu lichidarea drepturilor salariale pe luna respectivă.

Plata indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele amintite la pct. **2) se face de către casa de asigurări de sănătate**. Aceștia au obligația de a depune declarația de asigurare pentru concedii și indemnizații caselor de asigurări de sănătate.

Care este cota de contribuție pentru concedii și indemnizații?

Cota de contribuție pentru concedii și indemnizații este de **0,85%** aplicată la fondul de salarii sau, după caz, la drepturile reprezentând indemnizație de șomaj, asupra veniturilor supuse impozitului pe venit ori asupra veniturilor cuprinse în contractul de asigurări sociale încheiat de persoanele care dețin un contract de asigurări sociale pentru concedii și indemnizații pentru maternitate și concedii și indemnizații pentru îngrijirea copilului bolnav, în condițiile în care au început stagiul de cotizare până la data de 1 ianuarie 2006.

CONCEDII MEDICALE

TelVerde: 0800 800 971

Concediul pentru incapacitate temporară de muncă

Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se suportă după cum urmează:

- de către angajator, din prima zi până în a 5-a zi de incapacitate temporară de muncă;
- din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Concediul și indemnizația de maternitate

Asiguratele au dreptul la concediu pentru sarcină și lăuzie, pe o **perioadă de 126 de zile calendaristice**, perioadă în care beneficiază de indemnizație de maternitate. De aceleași drepturi beneficiază și femeile care din motive neimputabile lor, nu sunt asigurate pentru concedii și indemnizații medicale și nasc în termen de 9 luni de la data pierderii calității de asigurat. Faptul că pierderea calității de asigurat nu s-a produs din motive imputabile persoanei în cauză se dovedește cu acte oficiale eliberate de angajatori sau de asimilații acestora.

Concediul pentru îngrijirea copilului bolnav

Beneficiază de indemnizația pentru îngrijirea copilului bolnav, opțional, unul dintre părinți, dacă solicitantul îndeplinește condițiile de stagiul de cotizare.

Durata de acordare a indemnizației pentru îngrijirea copilului bolnav este de **maximum 45 de zile calendaristice pe an** pentru un copil, cu excepția situațiilor în care copilul este diagnosticat cu boli infectocontagioase, neoplazii, este imobilizat în aparat gipsat sau este supus unor intervenții chirurgicale.

Concediul și indemnizația de risc maternal

Asiguratele gravide, asiguratele care au născut recent sau care alăptează au dreptul la concediul de risc maternal în condițiile prevăzute de O.U.G. nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă, cu modificările și completările ulterioare.

Certificatele de concediu de risc maternal se eliberează de medicul de familie sau medicul de specialitate obstetrică-ginecologie, **cu avizul medicului de medicina muncii**, pe perioade de **maximum 30 de zile calendaristice**, pe o durată totală de **maximum 120 de zile calendaristice**, în întregime sau fracționat, asiguratelor gravide, asiguratelor care au născut recent sau care alăptează.

DISPOZITIVE MEDICALE

TelVerde: 0800 800 971

Pachetul de bază la acest segment de activitate cuprinde următoarele categorii de dispozitive medicale:

- dispozitive de protezare în domeniul ORL;
- dispozitive de protezare stomii;
- dispozitive pentru incontinență urinară;
- dispozitive pentru membru inferior și superior;
- dispozitive de mers;
- orteze;
- încălțăminte ortopedică;
- dispozitive pentru deficiențe vizuale;
- soluții vâscoelastice;
- echipamente pentru oxigenoterapie.

De aceste dispozitive medicale **beneficiază doar persoanele asigurate** care se adresează casei de asigurări de sănătate de care aparțin. Cererea este însoțită de o prescripție medicală eliberată de medicul de specialitate care are contract cu casa de asigurări unde pacientul este asigurat. În cazul unor dispozitive cererea va fi completată cu rezultatul unor investigații medicale (audiograma tonală, biometria etc.).

Unele dispozitivele medicale cum sunt aparatele pentru administrarea continuă cu oxigen sau fotoliile rulante, se pot acorda pe perioade determinate prin închiriere.

În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrarea continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de taloane lunare care sunt predate furnizorilor pentru ca acesta să poată să le anexeze la factură cu ocazia depunerii acesteia la CAS.

DISPOZITIVE MEDICALE

TelVerde: 0800 800 971

Termenul de valabilitate a deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de **30 de zile calendaristice** de la emiterea acesteia. În acest interval de timp asiguratul se adresează unui furnizor de dispozitive medicale aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Lista furnizorilor aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate **este pusă la dispoziția pacientului** pentru a-i facilita condițiile de adresabilitate. Cererile aprobate care nu pot fi onorate din cauza constrângerilor bugetare vor fi înregistrate într-o listă de așteptare.

Criteriile de prioritate în selectarea cererilor pentru emiterea deciziilor sunt:

- copiii, elevii și studenții;
- persoanele cu handicap;
- persoanele active profesional;
- înregistrarea cronologică a cererilor.

Pacientul aflat în posesia dispozitivului va solicita furnizorului **certificatul de garanție**.

Pentru dispozitivele de protezare auditivă pacientul va depune în termen de 15 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate raportul probei de protezare în urma testelor efectuate după protezare. Dacă acest document nu este depus în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea protezei se va valida din oficiu protezarea respectivă.

În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul privind lipsa de conformitate a dispozitivului medical. Acest certificat de conformitate este obținut de la medicul specialist prescriptor al recomandării.

ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU

TelVerde: 0800 800 971

Prin **îngrijire la domiciliu** se înțelege orice activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic.

Îngrijirea la domiciliu se efectuează **numai la indicația medicilor**.

Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt **persoane cu afecțiuni acute și/sau cronice**, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici.

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu **se acordă pe baza unei recomandări** prescrise de medicul curant din spital la externarea pacientului. Pentru afecțiuni oncologice și AVC în faza terminală recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se poate efectua și din unități ambulatorii.

Recomandarea se eliberează **în trei exemplare** din care un exemplar rămâne la pacient, iar al doilea va fi depus la casa de asigurări de sănătate împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale și **documentele care atestă calitatea de asigurat** a pacientului.

Cererea conține și o **declarație pe proprie răspundere** din care să rezulte **că afecțiunea nu a apărut** în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv.

ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU

TelVerde: 0800 800 971

În cazul în care cererea va fi depusă de un aparținător al bolnavului se solicită informații privind identitatea acestuia (CNP sau seria și nr. actului de identitate).

Termenul de valabilitate a recomandării este de **5 zile calendaristice** de la data emiterii acesteia. Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu poate depăși **56 de zile calendaristice pe an** (acordate în una sau mai multe etape).

Într-un interval de **2 zile lucrătoare** de la data depunerii cererii **se emite o decizie** care va fi comunicată petentului în maxim 24 de ore.

Respingerea cererii se face în scris și motivat. Intrând în posesia deciziei, asiguratul se va adresa unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. **Lista acestor furnizori este evidențiată în anexa** la decizia de aprobare a cererii de acordare a serviciilor medicale la domiciliu.

Furnizorul de îngrijiri la domiciliu va acorda serviciile în baza unui **plan de îngrijiri** cu respectarea numărului și frecvenței precizate în recomandare. În acest sens se conduce o fișă de îngrijiri medicale la domiciliu pentru fiecare asigurat, în care pe lângă date privind identitatea persoanei care acordă serviciile prestate, **se solicită semnătura pacientului care confirmă dacă aceste servicii au fost efectuate.**

MEDICINĂ DENTARĂ

TelVerde: 0800 800 971

Cabinetele medicale stomatologice acordă următoarele servicii de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază:

- consultații medicale de specialitate incluse investigațiilor radiologice;
- servicii terapeutice pentru tratamentul cariei, afecțiunilor pulpare și tratamentului paradontozei;
- servicii chirurgicale buco-dentare (extracții);
- tratamente protetice dentare;
- tratamente ortodontice;
- activități profilactice.

Accesul asiguraților la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se face **fără bilet de trimitere** indiferent de casa de asigurări de sănătate de care aparține pacientul.

Persoanele care nu au calitatea de asigurat beneficiază de servicii medicale de urgență.

În municipiul Baia Mare se asigură continuitatea asistenței medicale de urgență prin serviciul de permanență care funcționează în zilele de sâmbătă, duminică și în sărbătorile legale în intervalul orar 8-20.

Serviciile medicale de medicină dentară se acordă diferențiat pe categorii de asigurat:

- **copiii** până la 18 ani beneficiază de decontarea 100% a tuturor serviciilor medicale din pachetul de bază
- **adulții** beneficiază de un număr limitat de servicii de medicină dentară. O parte din acestea (tratamentele chirurgicale și lucrările protetice dentare) sunt decontate în procent de 60 % din tariful de referință de către casa de asigurări de sănătate.
- **persoanele asigurate în baza unor legi speciale** beneficiază de gratuitate la nivelul tarifelor de referință pentru toate serviciile medicale stomatologice.

Furnizorii de servicii medicale stomatologice **au obligația să afișeze serviciile medicale contractate** cu casa de asigurări de sănătate și tarifele practicate pentru tratamentele stomatologice necontractate care le acordă pacienților.



RECUPERARE MEDICALĂ

TelVerde: 0800 800 971

Unitățile de recuperare medicală din ambulatoriu sunt:

- cabinete medicale;
- laboratoare BFT (balneo-fizioterapie) din structura unităților sanitare cu personalitate juridică;
- baze de tratament din societățile de turism balnear.

Unitățile de recuperare medicală acordă următoarele servicii medicale:

- consultații medicale (o consultație inițială și două de control);
- servicii medicale:
 - infiltrații și puncții;
 - proceduri cu aparate de fizioterapie;
 - masaj;
 - kinetoterapie.

De servicii de recuperare medicală din ambulatoriu **beneficiază doar persoanele asigurate.**

Accesul asiguraților la serviciile de recuperare medicală se face în baza biletelor de trimitere prescrise de medicii de familie sau de către alți medici specialiști.

Pentru servicii medicale de recuperare-reabilitare care se acordă în baze de tratament din stațiunile balneoclimaterice, biletul de trimitere este însoțit și de adeverința eliberată de medicul de familie care atestă starea generală de sănătate a pacientului.

Pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european de asigurări de sănătate – **se solicită bilet de trimitere.**

Casele de asigurări de sănătate decontează **maximum 4 proceduri/zi** (din care două cu factori naturali terapeutici), se pot efectua cel mult **două cure balneare pe un an** câte 10 zile de tratament fiecare. Serviciile care exced aceste limite sunt suportate integral de pacient.

Nu fac obiectul pachetului de servicii de recuperare medicală care se decontează de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale care se acordă pentru următoarele situații: gimnastică de întreținere, fitness, bodybuilding, obezitate, vergeturi sau sindrom tropostatic.