

În atenția FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE ȘI A ASIGURAȚILOR

PRECIZĂRI referitoare la acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale din PACHETUL DE BAZĂ începând cu 1 mai 2015

I. Începând cu 1 mai 2015, serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale se acordă prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

II. Pentru situațiile în care asigurații nu pot prezenta/utiliza cardul, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale verifică în sistem dacă a fost emis cardul, precum și calitatea de asigurat, după care serviciile medicale se vor acorda astfel:

1. În cazul în care cardul nu a fost emis dar persoana este asigurată, serviciile se vor acorda în baza rezultatului interogării aplicației electronice sau a **adeverinței de asigurat** eliberată ca și până acum prin grija CJAS.

2. În cazul în care cardul a fost emis dar persoana nu apare asigurată, serviciile se acordă în baza **adeverinței de asigurat** eliberată de către CJAS sau a **rezultatului interogării** instrumentului electronic, după ce persoana face dovada plății contribuției de asigurări de sănătate și/sau categoria de asigurat este actualizată.

Dintre cele două variante de mai sus- **adeverința și interogarea instrumentului electronic-are prioritate interogarea instrumentului electronic**, și numai în situația în care rezultatul interogării este negativ, iar pacientul deține documente din care rezultă că este asigurat, pacientul va fi direcționat către CJAS pentru obținerea adeverinței de asigurat sau pentru actualizarea categoriei.

3. În cazul în care asiguratului i s-a emis cardul dar acesta nu poate fi prezentat (pierdere, furt, deteriorare) sau nu poate fi utilizat (defecțiuni tehnice, date eronate/necorespunzătoare, alte situații justificate) serviciile se acordă în baza adeverinței de înlocuire a cardului până la eliberarea cardului duplicat.

Adeverința de înlocuire a cardului până la eliberarea cardului duplicat- Anexa 2 se eliberează asiguraților de către CJAS pentru o perioadă de 60 de zile, în urma cererii de eliberare depusă la CJAS- Anexa 1.

Cererea (anexa 1) va fi însoțită de următoarele documente, după caz:

-în caz de pierdere, furt, deteriorare a cardului, alte situații justificate: copie CI, chitanță contravaloare card, cardul deteriorat dacă există;

-în caz de modificarea datelor personale: copie CI, chitanță contravaloare card, cardul emis inițial, acte doveditoare ale modificării datelor personale;

-în caz de defecțiuni tehnice ale cardului: copie CI, cardul emis inițial.

4. În cazul în care persoana refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului, serviciile se acordă în baza adeverinței de asigurat.

Adeverința de asigurat pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului- Anexa 4, se eliberează asiguraților de către CJAS pentru o perioadă de 60 de zile, în urma cererii de eliberare depuse la CJAS -Anexa 3.

Cererea (anexa 3) va fi însoțită de următoarele documente: copie CI, cardul în cazul în care a fost primit inițial.

5. **Serviciile medicale de urgență** se acordă fără să fie necesară validarea cu cardul, acest serviciu se acordă atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate.

6. **Copii cu vârsta până la 18 ani** nu au primit card de sănătate, ei beneficiază de servicii medicale conform legii și se acordă necondiționat, indiferent dacă părinții sau tutorii legali sunt sau nu asigurați.

7. **Serviciile medicale pentru posesorii cardului european** se vor acorda conform pachetului de servicii medicale specific pentru aceste categorii, detaliate în HG nr. 400/2014 cu modificările și completările ulterioare.

8. Asigurații Casei OPSNAJ, se vor adresa Casei OPSNAJ pentru clarificarea situațiilor în care se află, la telefon 021/2024507 sau 021/2024622, e-mail: relatii publice@aopsnaj.ro.

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL

Ec. Mihai GEANTĂ

