

Ghidul tau de beneficii CNAS



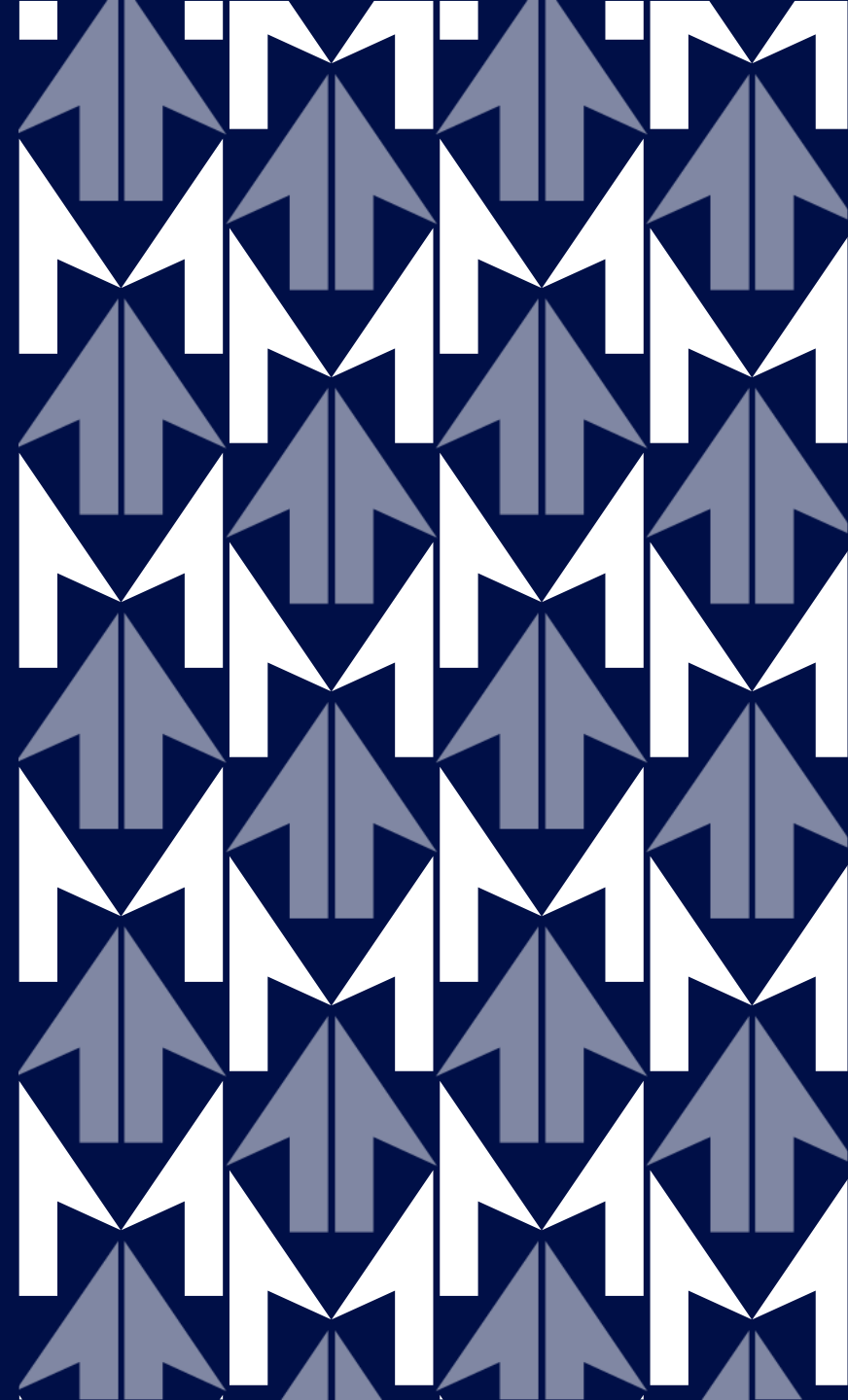
Agenda

1. Informatii generale
2. Servicii medicale decontate CNAS
3. Informatii aditionale

Informatii generale

- ✓ Introducere
- ✓ Cine este asigurat?
- ✓ Drepturile si obligatiile asiguratului
- ✓ Pachete de servicii medicale
- ✓ Procedura de acces la serviciile decontate CNAS / Cardul CNAS
- ✓ Medic de familie / medic specialist
- ✓ Biletul de trimitere CNAS

01



Introducere

Asigurarea sociala de sanatate finanteaza sistemul de sanatate si protejeaza asiguratii in caz de boala sau accident.

Obiectiv: ofera acces la un pachet de servicii minimal si unul de baza, ce cuprind servicii medicale pentru prevenirea bolilor, servicii curative si de tratament, medicamente si dispozitive medicale.

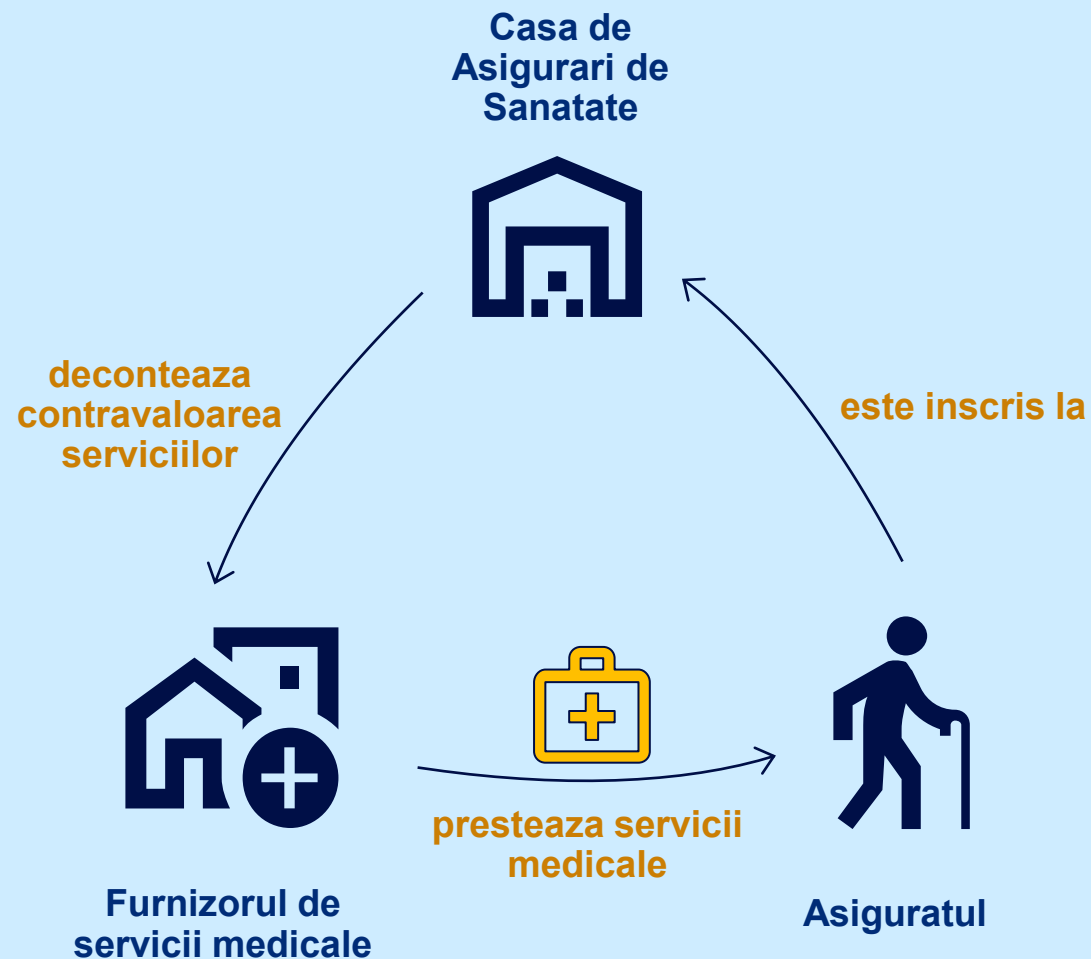
CNAS - rolul de a administra si gestiona asigurarile sociale de sanatate.

In subordinea CNAS intra **43 de case de asigurari de sanatate:**

- ❑ 41 Case de asigurari de sanatate judetene (CJAS)
- ❑ Casa de asigurari de sanatate a municipiului Bucuresti (CASMB)
- ❑ Casa de Asigurari de Sanatate a Armatei, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti (OPSNAJ)

Datele de contact ale tuturor caselor județene sunt disponibile pe site-ul CNAS la urmatorul link: <https://cnas.ro/case-judetene/>

Casele de asigurari de sanatate incheie contracte direct cu unitatile medicale iar serviciile medicale se acorda pacientilor in baza contractelor.



Cine este asigurat?

Persoane asigurate **CU** plata contributiei (10%, plata CASS):

- salariat, angajat in sistemul public sau privat;
- persoane care realizeaza venituri din activitati independente sau profesii libere - medici, avocati, arhitecti, ingineri, contabili, consultanti, agricultori, fermieri, etc;
- persoane care nu realizeaza venituri, dar sunt asigurati, prin plata individuala a contributiei;
- pensionarii cu venituri peste 3.000 lei - pentru ce depaseste suma de 3.000 lei;
- beneficiarii unor legi speciale - veterani, revolutionari etc;
- persoanele care beneficiaza de indemnizație de șomaj;
- persoanele fizice care beneficiaza de ajutor social;
- persoanele in concediu de acomodare in vederea adoptiei sau concediu de crestere si ingrijire copil;
- persoanele coasigurate (sot / sotie, parinti fara venituri) aflati in intretinere;
- personalul monahal.



Cine este asigurat?

Persoane asigurate **FARA** plata contributiei:

- copiii < 18 ani, tineri intre 18-26 de ani daca sunt elevi, ucenici sau studenți, respectiv studenți-doctoranzi;
- tinerii cu varsta de pana la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului;
- pensionarii cu venituri lunare < 3.000 lei;
- persoanele incadrate intr-un grad de handicap;
- femeile insarcinate si lauzele;
- bolnavii cu afecțiuni oncologice, HIV/SIDA si tuberculoza, inscrisi in programele naționale de sanatate aferente, care nu au surse de venit, beneficiaza de pachetul de baza acordat persoanelor asigurate, pana la vindecarea afectiunii respective;
- bolnavii cu afectiuni incluse in programele nationale de sanatate, altii decat cei cu afectiuni oncologice si care nu au surse de venit, vor beneficia de servicii medicale si conexe, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale acordate in cadrul programului national de sanatate, precum și de serviciile medicale incluse in pachetul minimal;
- persoanele aflate in arest sau in penitenciar;
- victimele traficului de persoane, pentru o perioada de cel mult 12 luni;
- voluntarii care își desfășoara activitatea in cadrul serviciilor de urgența voluntare, in baza contractului de voluntariat;
- donatorii de celule stem, pentru o perioada de 10 ani de la donare



Drepturile si obligatiile asiguratului



In cadrul sistemului de asigurari sociale, asiguratul are urmatoarele **drepturi**:

- sa aleaga casa de asigurari de sanatate la care se inscrie, pe baza adresei de domiciliu / resedintei / locului de munca, unde este afiliat;
- sa aleaga unitatea medicala unde va efectua serviciile medicale;
- sa se inscrie in mod liber pe lista de pacienti a unui medic de familie;

- sa schimbe medicul de familie, dar nu mai des decat o data la 6 luni;
- sa beneficieze de servicii medicale ambulatorii si de spitalizare in unitati aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate, servicii medicale de urgenta, unele servicii stomatologice, recuperare medicala, servicii medicale preventive si de promovare a sanatatii, dispozitive medicale, proteze;

- sa beneficieze de confidentialitate garantata privind datele medicale (diagnostic, tratament);
- sa aiba dreptul la informatii cu privire la starea proprie de sanatate si optiunile de tratament;
- sa beneficieze de concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate (concediu medical, maternitate, crestere copil, ingrijire copil bolnav si invaliditate).

Drepturile si obligatiile asiguratului

Pentru a beneficia de asigurarea publica de sanatate, asiguratul are urmatoarele **obligatii**:



sa se inscrie pe lista unui medic de familie si sa il anunte despre modificarile care apar in starea lui de sanatate

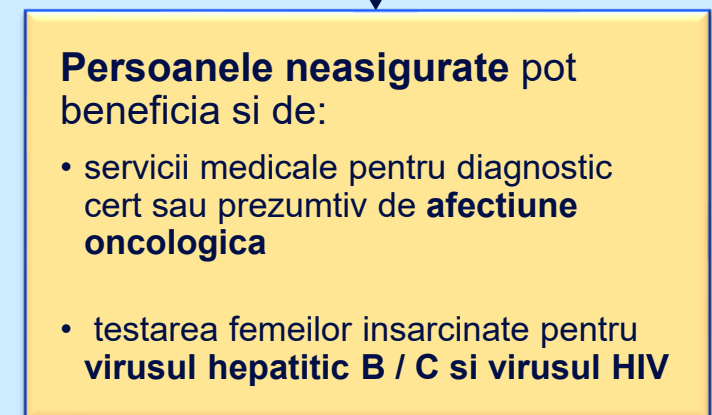
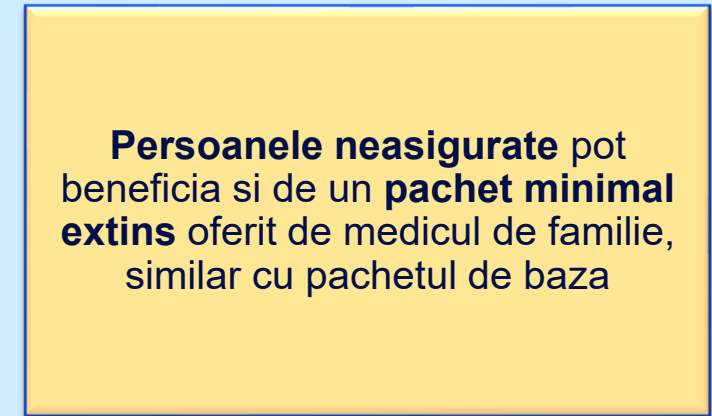
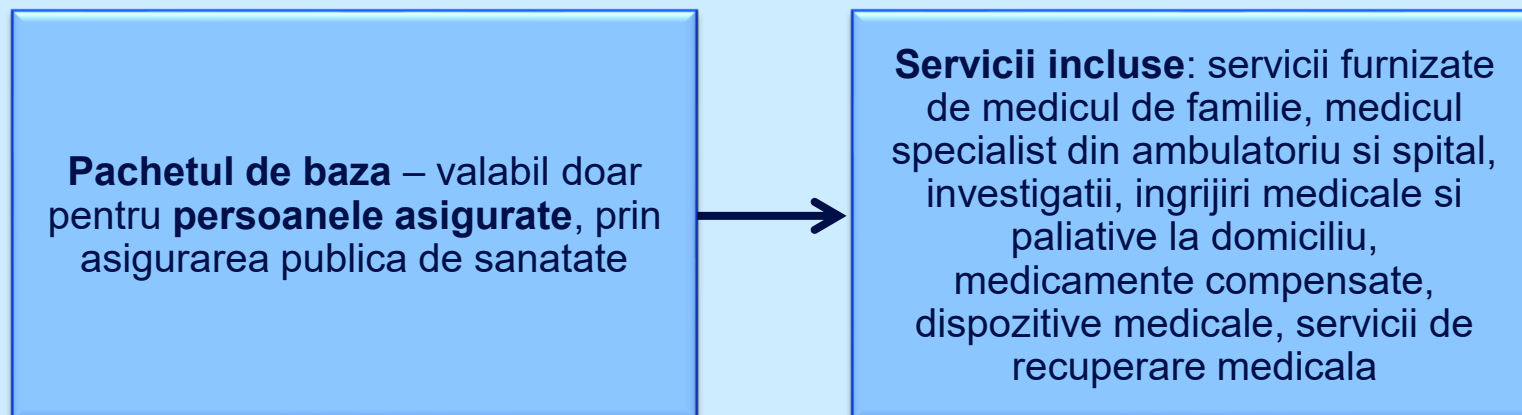
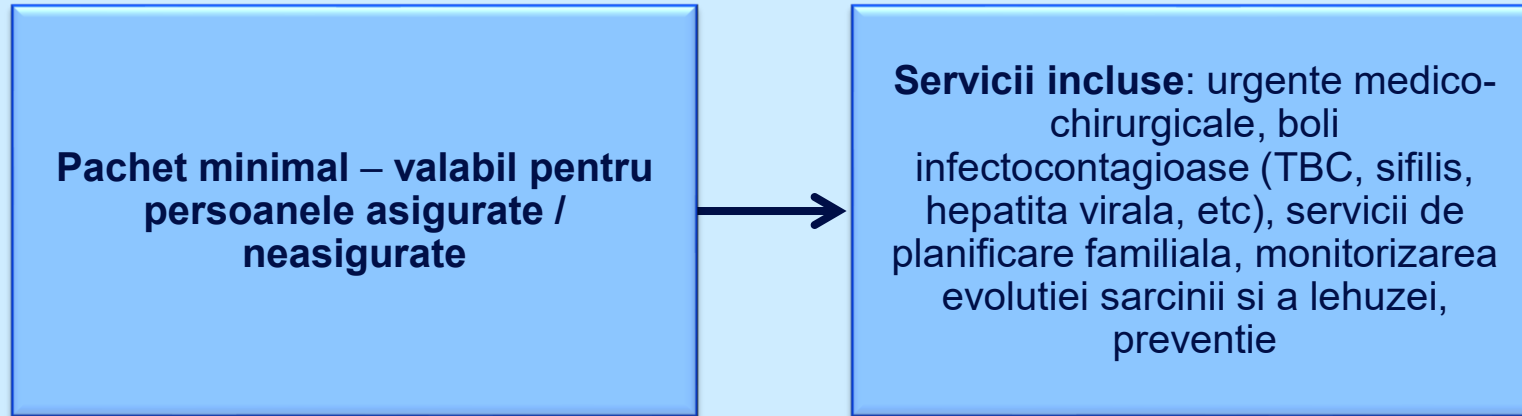
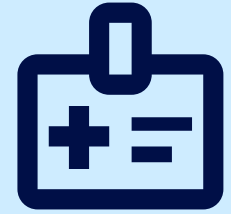
sa anunte in maxim 15 zile medicul de familie si CNAS despre modificarea datelor personale de identitate sau incadrarea intr-o anumita categorie de asigurati

sa achite contributia de asigurari sociale de sanatate (CASS)

sa se prezinte la controalele preventive si controalele periodice

sa respecte cu strictete tratamentul recomandat si indicatiile medicului

Pachete de servicii medicale decontate CNAS



Medicul de familie

Acorda pacientului **asistenta medicala PRIMARA**, fiind primul contact al pacientului cu sistemul public de sanatate.

Coordoneaza ingrijirea pacientului:

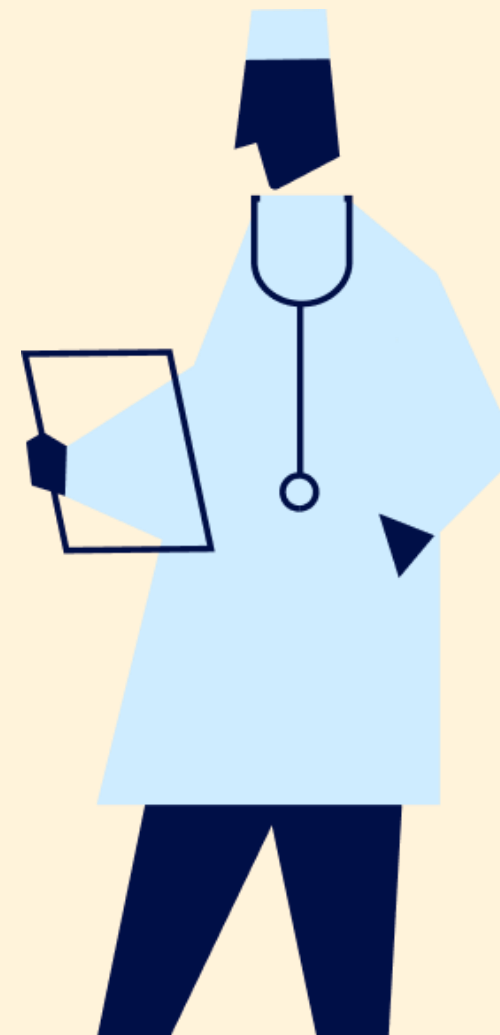
- ofera serviciile medicale incluse in pachetul de baza, deci asistenta medicala primara
- urmareste starea de sanatate a pacientului si bolile cronice, inclusiv prin convorbiri telefonice
- asigura continuitatea si coordonarea ingrijirii medicale
- pune in practica programele nationale de sanatate si este primul punct de contact pentru pacient

Servicii medicale:

- consultatii generale, inclusiv consultatii la domiciliu pentru copii si pentru asiguratii care nu se pot deplasa
- prescrierea retetelor si trimiterea pacientului catre medicii specialisti
- recomandari pentru investigatii si tratamente
- servicii medicale preventive si de preventie (detalii oferite de medicul de familie)

Persoanele neasigurate:

- beneficiaza gratuit de pachetul minimal extins, care include aceleasi servicii ca si pachetul de baza
- costul analizelor de laborator este suportat de persoana neasigurata, cu urmatoarele exceptii:
 - *investigatii recomandate ca urmare a consultatiei de preventie din pachetul de baza*
 - *imagistica recomandata pentru confirmarea unei afectiuni oncologice*
 - *testarea femeilor insarcinate pentru Antigen Hbs*
 - *anticorpii Anti HCV si Anti virus HIV*



Procedura de acces la servicii decontate CNAS

Cardul de sanatate CNAS

- se solicita la CNAS (CJAS / CASMB)
- se activeaza si se pastreaza in conditii bune
- perioada de valabilitate este de 7 ani, iar ulterior, se prelungeste automat

Utilizarea cardului

- este esentiala prezentarea cardului CNAS la fiecare vizita la medic, pentru identificare si evidenta
- in cazul in care cardul CNAS nu functioneaza, se pot face verificari la CNAS sau se poate solicita reinnoirea acestuia

Programarea serviciilor medicale

- se face online sau telefonic, tinand cont si de plafoanele alocate unitatii medicale
- pentru urgente nu este nevoie de programare prealabila, se poate merge direct la spital, unitate de primiri urgente / camera de garda



Cardul de sanatate CNAS



Obtinere card:

- se solicita direct de catre asigurat, in scris sau online, la casa de asigurari de sanatate in evidenta careia se afla (CJAS / CASMB)
- ulterior solicitarii, cardul se primeste prin posta, in termen de cateva saptamani sau asiguratul va fi contactat pentru a-l ridica personal

1

Activare card:

- online accesand site-ul oficial al CNAS www.cnas.ro/
- la medicul de familie sau in orice unitate medicala cu contract CNAS

2

Util pentru:

- facilitare acces la servicii medicale decontate CNAS, medicamente gratuite si compensate
- evidenta serviciilor accesate si a contributiilor platite

3

In caz de:

pierdere sau deteriorare: se solicita un nou card la casa de asigurari de sanatate, prin transmiterea documentelor: cerere tip, copie CI, dovada platii contravalorii cardului duplicat (~20 lei).

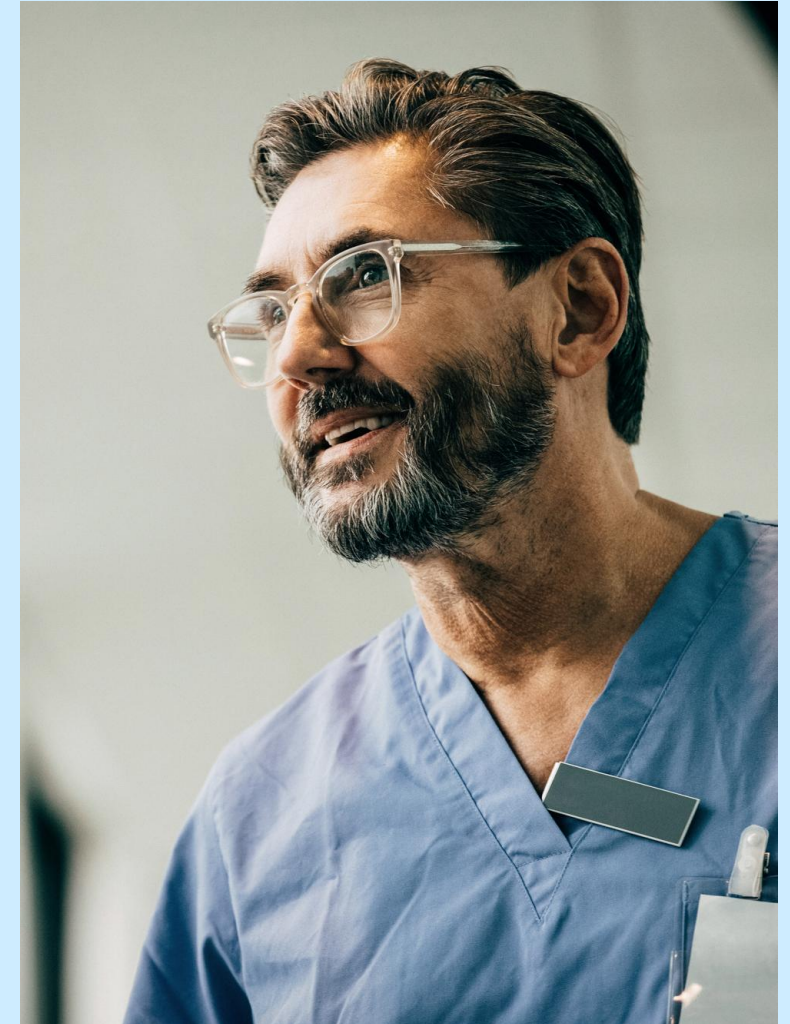
blocare: cardul se blocheaza daca se tasteaza gresit codul PIN de 5 ori consecutiv. Deblocare prin apel 0800-800-950 / suport.ceas@casan.ro

4

Medicul specialist

Acorda pacientului **asistenta medicala DE SPECIALITATE:**

- ✓ **consultatie medicala de specialitate** - in baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau alt medic de specialitate cu contract CNAS; pentru afectiunile cronice si bolile infectocontagioase care necesita izolare, pot fi acordate consultatii si la distanta, prin orice mijloace de comunicare
- ✓ **recomandari** pentru: servicii conexe actului medical (psihoterapie, recuperare medicala), ingrijiri medicale / paliative la domiciliu, dispozitive medicale, trimitere catre alte specialitati pentru evaluare clinica si paraclinica, trimitere pentru internare cu / fara interventii chirurgicale, eliberare certificat de concediu medical, recomandari igieno-dietetice etc
- ✓ **prescrierea retetelor** de medicamente
- ✓ **monitorizarea evolutiei bolnavilor si a eficientei tratamentului medicamentos**
- ✓ **informarea medicului de familie** prin scrisoare medicala, daca au intervenit sau nu schimbari in evolutia bolii si in schema de tratament – minim 1 data / an calendaristic

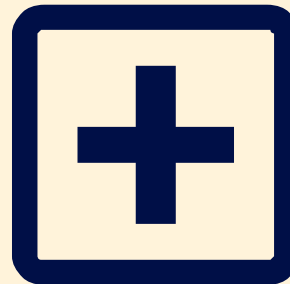


Biletul de trimitere CNAS

Document esential
pentru accesul la
servicii medicale
gratuite, decontate
CNAS

Poate fi eliberat de catre
medicul de familie sau
medicul specialist si permite
accesul la investigatii si
tratamente specifice in
ambulatoriu, spital sau alte
unitati medicale.

Tip bilet de trimitere:



pentru investigatii paraclinice (analize,
explorari, imagistica)

pentru consultatii de specialitate,
altele decat la medicul de familie

pentru internare intr-un
spital cu contract CNAS

bilet de trimitere cu codul "Prev" /
"Monitor", care permite accesul prioritar
la anumite investigatii si servicii
medicale

bilet de trimitere cu codul "SO" pentru
confirmarea sau infirmarea suspiciunii
de boala oncologica

Accesare servicii medicale gratuite



Fara bilet de trimitere CNAS:

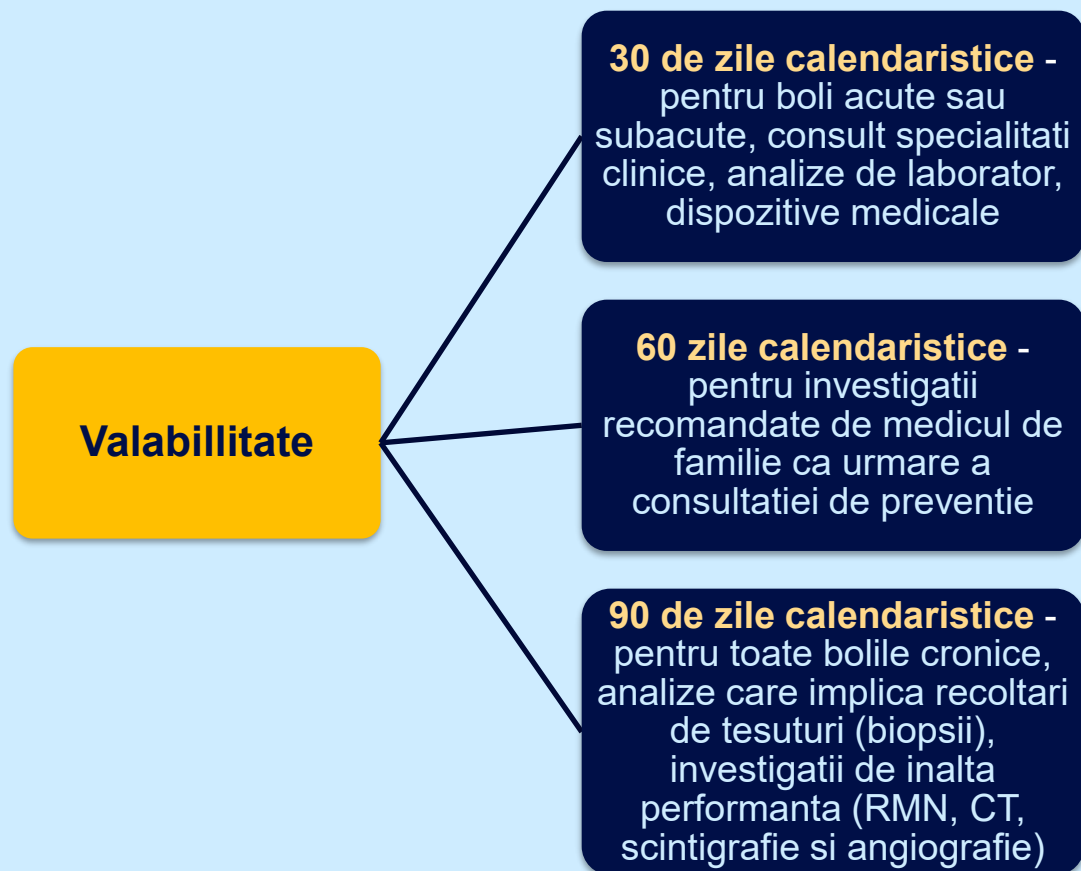
- ✓ consultatii la medicul de familie
- ✓ urgente medicale
- ✓ tratament chimioterapic si radioterapic pentru pacientii cu diagnostic oncologic
- ✓ boli infectocontagioase care necesita izolare si tratament
- ✓ consultatii la medicul specialist pentru afectiuni care se pot agrava brusc = infarct miocardic, angina pectorala instabila, diabet, glaucom, insuficienta cardiaca cronica, status post AVC, scleroza multipla, pareze, tulburari psihice, status posttransplant, epilepsie, astm bronic, hepatita de etiologie virala, afectiuni oncologice, tuberculoza, poliartrita reumatoida, risc obstetrical crescut la gravide, etc.
- ✓ servicii de planificare familiala
- ✓ nastere



Cu bilet de trimitere CNAS:

- ✓ consultatii la medicul specialist
- ✓ analize de laborator, explorari functionale si investigatii de imagistica
- ✓ servicii de evaluare psihologica si psihoterapie
- ✓ recuperare medicala, medicina fizica si reabilitare
- ✓ servicii stomatologice
- ✓ ingrijiri la domiciliu
- ✓ dispozitive medicale

Valabilitate bilet de trimitere CNAS



Tips & tricks



- Pot obtine un bilet de trimitere daca nu sunt asigurat?**
 - nu.

- Cum pot verifica daca biletul de trimitere este pentru consultatie acuta, subacuta sau cronica?**
 - la sectiunea nr. 4 intitulata „Diagnostic prezumtiv/diagnostic”, vei vedea mai multe casute patrate cu litere deasupra lor, precum P (preventie), A/S (acut / subacut), C (cronic) si M (monitorizare).

- Care este frecventa cu care pot solicita consultatii la aceeasi specialitate medicala?**
 - un BT pentru boala acuta / subacuta este valabil 30 de zile si iti ofera acces la 1 consultatie
 - un BT pentru boala cronica este valabil 90 de zile si iti ofera acces la 1 consultatie initiala si la 2 controale necesare (max 2 pe luna). Nu ai nevoie de alt bilet de trimitere, pentru ca medicul specialist te poate reevalua pe baza aceluiasi document, cat timp este valabil.

- Este posibil sa folosesc acelasi bilet de trimitere de mai multe ori?**
 - biletul de trimitere acopera intregul proces: consultul initial si apoi monitorizarea evolutiei bolii cronice, pana la maxim 4 consultatii (max 2 / luna) in perioada de valabilitate a biletului.

- Trimiterea este intocmita pentru o anumita clinica sau pentru un anumit medic?**
 - nu.

- Ce trebuie sa fac in cazul in care biletul meu de trimitere a expirat?**
 - pastrezi biletul vechi si il aduci inapoi la medicul de familie deoarece trebuie sa il anuleze si sa il arhiveze conform procedurilor CNAS, apoi iti va elibera un bilet de trimitere nou.

Bilet de trimitere CNAS cu cod special

Monitorizarea bolilor cronice

Monitor 1 – COVID-19 (post-externare)

Monitor 2 – boli oncologice

Monitor 3 – diabet zaharat

Monitor 4 – boli cardiovasculare

Monitor 5 – boli rare

Monitor 6 – boli neurologice

Monitor 7 – boli cerebrovasculare

Monitor 8 – boala cronica renala



Analize de laborator in scop de preventie

PREV 1 – copii cu varsta intre 2 si 5 ani inclusiv

PREV 2 – copii cu varsta intre 6 si 9 ani inclusiv

PREV 3 – copii cu varsta intre 10 si 17 ani inclusiv

PREV 4 – persoane asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 de ani inclusiv

PREV 5 – persoane asimptomatice cu varsta de > 40 ani;

PREV 6 – persoane cu varsta intre 40 si 60 de ani care sunt inregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afectiuni cronice;

PREV 7 – persoane cu varsta de > 60 de ani care sunt inregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afectiuni cronice;

Alte coduri

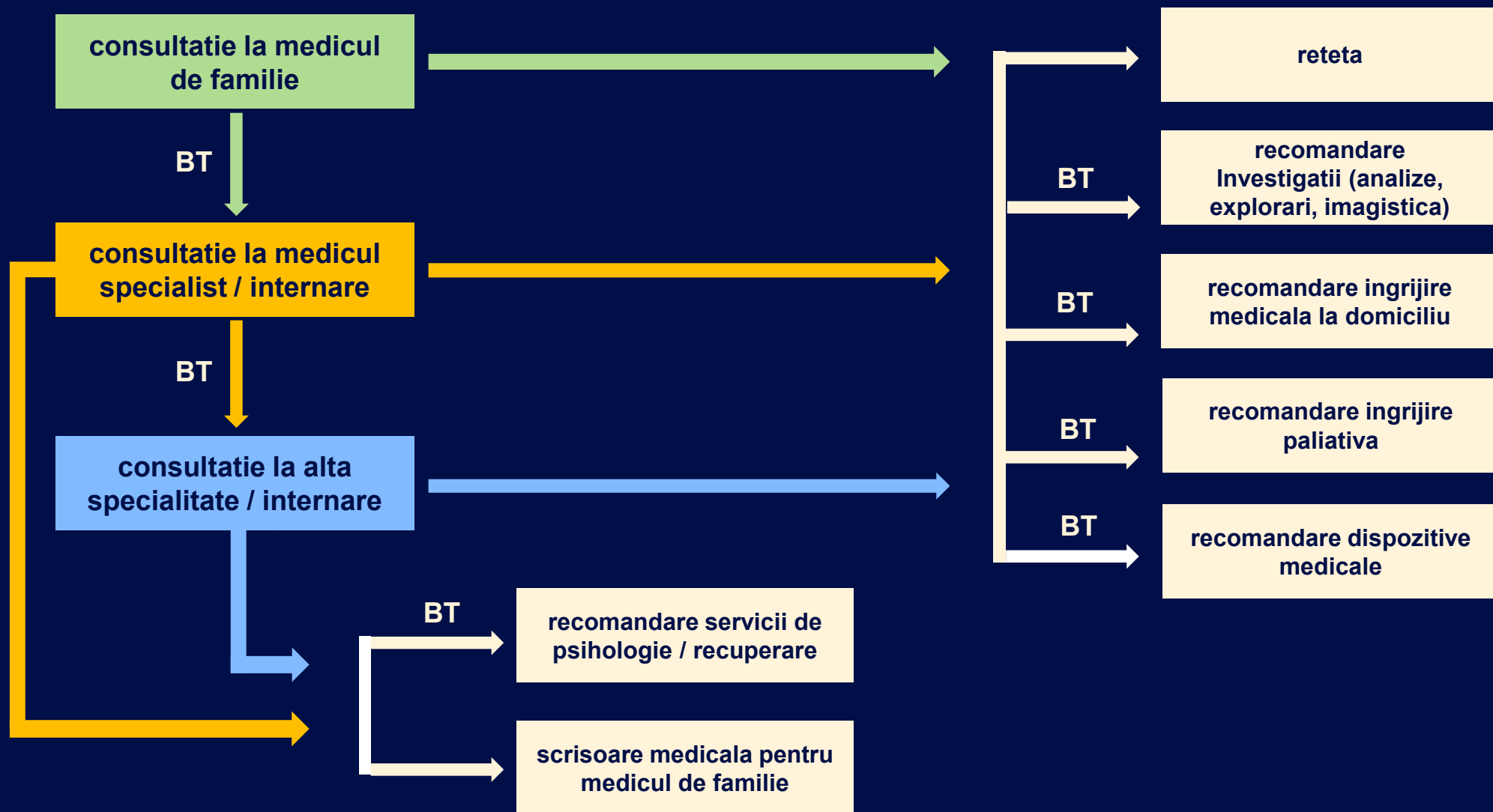
SO – confirmare / infirmare a suspiciunii de boala oncologica;

AO sau AO+Monitor– analize si investigatii recomandate persoanelor asigurate, care sunt deja diagnosticate cu boala oncologica;

G – monitorizare a sarcinii;

HS – testarea persoanelor neasigurate pentru virusul HIV si virusurile hepatitice B si C.

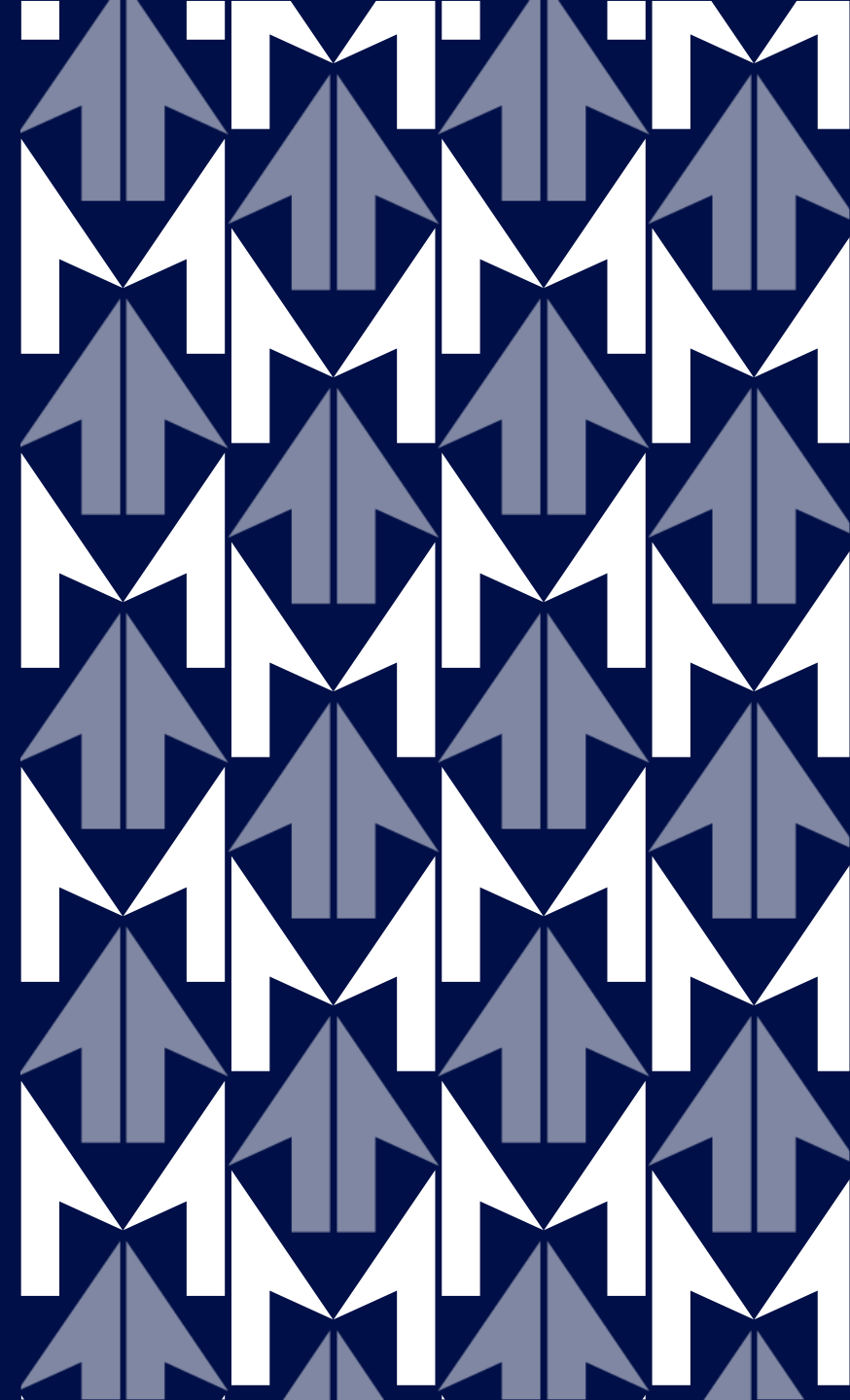
Bilet de trimitere CNAS



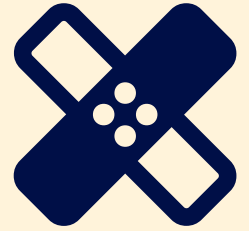
Serviciile medicale decontate CNAS

- ✓ Consultatii
- ✓ Analize de laborator si investigatii
- ✓ Servicii de recuperare medicala si reabilitare medicala
- ✓ Spitalizare in spital de stat / privat
- ✓ Servicii decontate CNAS pentru femeile insarcinate
- ✓ Consultatii de urgenta la domiciliu si transport neasistat medical
- ✓ Ingrijire la domiciliu
- ✓ Medicamente gratuite / compensate
- ✓ Dispozitive medicale si proteze
- ✓ Servicii stomatologice

02



Consultatii medic de familie



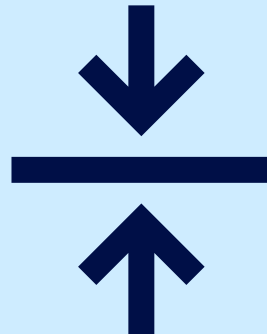
Consultatii curative si monitorizare boli cronice

Categoria	Grupa de varsta	Servicii	Frecventa decontata
Urgente medico-chirurgicale	Toate varstele	Consultatie de urgenta, examinare, tratament de prima necesitate, trimitere catre consult de specialitate	1 consultatie / fiecare episod de urgenta
Afectiuni acute/subacute	Toate varstele	Consultatii pentru boli acute, pusee acute ale bolilor cronice, recomandari de investigatii, tratament, trimeri	max. 2 consultatii pentru acelasi episod de boala
Boli cronice	Toate varstele	Monitorizare periodica, evaluare evolutie, ajustare tratament, educatie medicala	1 consultatie / luna indiferent de numarul bolilor cronice
Management integrat risc cardiovascular	Adulti	HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, boala cronica de rinichi	Evaluare initiala: pana la 3 consultatii in primele 3 luni; apoi 2 consultatii in 3 luni; reluare la 6 luni
Management boli respiratorii cronice	Adulti si copii	Astm bronic, BPOC	Evaluare initiala + monitorizari periodice conform planului de management
Management boala cronica de rinichi	Adulti	Evaluare si monitorizare periodica	Evaluare initiala + monitorizare periodica

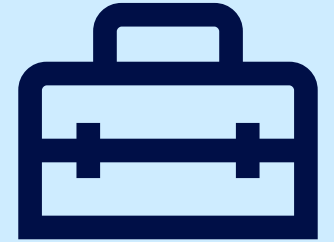
Consultatii medic de familie

Consultatii preventive pentru copii si adolescenti

Grupa de varsta	Servicii
Externare maternitate	1 consultatie
Nou-nascut – 1 luna	1 consultatie
2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni	Cate 1 consultatie
4 – 18 ani	1 consultatie preventiva anuala



Consultatii la domiciliu



Beneficiar	Frecventa
Episod acut/subacut	Max. 2 consultatii / episod
Boli cronice	Max. 1 consultatie / luna
Urgenta	1 consultatie / episod
Copii 0-1 an	la nevoie
Lehuze	la nevoie
Pacienti nedeplasabili	conform indicatiei medicale

Consultatii medic de familie

Consultatii sarcina si lehuzie

Serviciu	Frecventa
Luare in evidenta gravida	1 consultatie
Luna 3-7	1 consultatie / luna
Luna 7-9	2 consultatii / luna
Control dupa externarea din maternitate	1 consultatie
Control la 4 saptamani dupa nastere	1 consultatie

Nota:

Consultatiile includ recomandari pentru testare HIV, hepatite B si C, sifilis si alte investigatii necesare sarcinii.

Investigatiile recomandate in sarcina sunt gratuite daca sunt incluse in pachetul de baza.

Planificare familiala

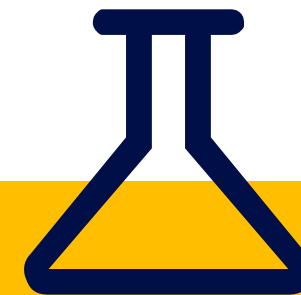
Serviciu
Consiliere pentru contraceptie
Evaluare preconceptionala
Recomandare metoda contraceptiva

Nota:

Maximum 2 consultatii / an.



Analize de laborator si investigatii



Analizele de laborator si investigatiile pot fi accesate gratuit, daca:

- ❑ Persoana este asigurata sau face parte din exceptiile stabilite
- ❑ Accesarea se face in unitati medicale (laboratoare de analize, clinici, spitale) in contract CNAS*, in limita unui plafon lunar (valoarea de contract), alocat unitatii medicale.

Investigatiile paraclinice necesare pentru monitorizarea in ambulatoriu a afectiunilor cronice se efectueaza astfel:

- ❖ in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data solicitarii, o singura data / an / pacient, pentru investigatii de inalta performanta (**RMN, CT, scintigrafie si angiografie**) recomandate prin bilete de trimitere de tip **Monitor (Monitor 3 – Monitor 8)** pacientilor diagnosticati cu diabet zaharat, afectiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boala cronica renala.
- ❖ conform programarii, pentru celelalte investigatii de monitorizare a pacientilor diagnosticati cu diabet zaharat, afectiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boala cronica renala (decontare cu incadrare in plafonul alocat unitatii).

*Lista unitati medicale in contract CNAS: <https://cnas.ro/informatii-publice-lista-furnizoriilor-de-servicii-medicale-din-romania/>



Servicii medicale care pot fi accesate fara plafon / peste plafon:

- ❑ Analizele si investigatiile recomandate pentru monitorizarea pacientilor diagnosticati cu **boli oncologice** vor beneficia de fonduri nelimitate si prioritate maxima, cu mentiunea **(Monitor 2)** pe biletul de trimitere. Analizele vor trebui realizate de unitatile medicale in maximum 5 zile lucratoare de la solicitarea pacientului.
- ❑ Analizele si investigatiile recomandate in **scop de preventie**, daca biletul de trimitere este marcat cu una din indicatiile **(PREV 1 - PREV 7)**.
- ❑ Analizele si investigatiile legate de **sarcina**, recomandate de medicii de familie si medicii de obstetrica-ginecologie, in cadrul consultatiilor de monitorizare a evolutiei sarcinii, cu mentiunea **(G)** pe bilet.
- ❑ Analizele si investigatiile pentru confirmarea / infirmarea diagnosticului de afectiune oncologica cu mentiunea **(SO)** sau pentru monitorizarea afectiunii oncologice diagnosticate deja, cu mentiunea **(AO sau AO+Monitor)** pe bilet.
- ❑ Testarea femeilor insarcinate pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C sau virusul HIV cu mentiunea **(HS)**.

Biletele de trimitere cu cod PREV 1 - PREV 7

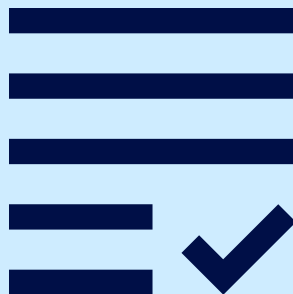
Copii 2-5 ani (inclusiv) - PREV 1

Pentru screening-ul anemiei:

- hemoleucograma completa,
- feritina

Pentru screening-ul rahitismului:

- calciu seric total
- calciu ionic seric
- fosfor
- fosfataza alcalina



Copii 6-9 ani (inclusiv) - PREV 2

Pentru screening-ul sindromului

dismetabolic la copii cu indicele de masa corporala (IMC) > 85, pentru aceeași varsta, sex și înălțime sau cei cu istoric de hipercolesterolemie familiala:

- proteine totale serice
- LDL colesterol
- trigliceride serice
- glicemie a jeun
- TGP, TGO
- TSH, FT4

Copii 10-17 ani (inclusiv) - PREV 3

Profilaxia sindromului dismetabolic

pentru indice de masa corporala (IMC) > 85 pentru aceeași varsta, sex și înălțime sau cei cu istoric de hipercolesterolemie familiala:

- LDL colesterol
- trigliceride serice
- glicemie a jeun
- TGP, TGO
- TSH, FT4

Screening-ul bolilor cu transmitere sexuala

(dupa inceperea vietii sexuale): VDRL sau RPR

Screening-ul anemiei pentru persoane de sex feminin:

- hemoleucograma completa
- feritina

Biletele de trimitere cu cod PREV 1 - PREV 7



Adult 18-39 ani (inclusiv) - PREV 4

- hemoleucograma completa
- proteina C reactiva
- glicemie a jeun
- colesterol seric total
- LDL colesterol
- creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata (RFGe)
- TGO, TGP
- VDRL sau RPR
- examen microscopic al secretiei vaginale la femeile active sexual
- testare HPV conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin
- pentru femei la risc inalt, cu varsta cuprinsa intre 30 si 39 de ani inclusiv, ecografie de san si mamografie 2D, anual

Adult > 40 ani (inclusiv) - PREV 5

- hemoleucograma completa
- proteina C reactiva
- glicemie a jeun
- colesterol seric total
- LDL colesterol
- creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata (RFGe)
- TGO, TGP
- determinarea raportului albumina / creatinina in urina (RACU)
- examen microscopic al secreției vaginale la femeile active sexual
- testare HPV conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin
- ecografie de san si mamografie 2D anual - pentru femei cu risc inalt, de 40 - 49 ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de san

Adult 50-60 ani (inclusiv) - PREV 6

La analizele incluse in PREV 5 se adauga:

- test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte in materiile fecale, pentru femei si barbati, incepand cu varsta de 50 de ani, 1 data la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal
- mamografie 2D 1 data la 2 ani - pentru femei, incepand cu varsta de 50 de ani pana la varsta de 69 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de san
- PSA 1 data la 3 ani - pentru barbati, incepand cu varsta de 50 de ani.

Adult > 60 ani (inclusiv) - PREV 7

La analizele incluse in PREV 5 si PREV 6 se adauga:

- investigatia DXA (osteodensitometrie)

Servicii de recuperare medicala si reabilitare fizica

RECUPERARE MEDICALA IN AMBULATORIU:



poate fi efectuata de catre persoanele asigurate, in clinicile cu contract CNAS, pe baza de bilet de trimitere CNAS eliberat de medicul de familie sau medicul specialist.



include proceduri specifice: kinetoterapie, hidrokinetoterapie, fizioterapie, masaj, aerosoli etc. Unele proceduri, cum sunt baile minerale, mofete naturale, impachetari cu namol, pot fi efectuate numai in bazele de tratament din statiunile balneoclimaterice.



durata efectuare: **maxim 21 zile / an / asigurat.**



pacientii cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral in primele 4 luni, paralizie cerebrala, afectiuni oncologice, limfedem secundar dupa limfadenectomie axilara sau anexectomie si marii arsi in primele 4 luni de la externare, au dreptul la proceduri de recuperare pentru o perioada de **maxim 42 de zile / an / asigurat.**

RECUPERARE MEDICALA IN SPITAL:



se acorda in sanatorii sau sectiile sanatoriale balneare din spitale, pe baza de bilet de trimitere CNAS eliberat de medicul de familie sau medicul specialist.



durata efectuare: **maxim 14-21 zile / an**, perioada ce poate fi repartizata in maximum 2 fractiuni, la recomandarea medicului prescriptor si care cuprinde minim 4 proceduri / zi pentru minim 5 zile / saptamana. Serviciile medicale se acorda si pentru durate mai mici de 14 zile.



in sanatoriile balneare / sectiile sanatoriale balneare din spitale, asiguratii platesc o contributie personala de 52 lei / zi.

Servicii de psihologie / psihoterapie



Serviciile care pot fi furnizate de psiholog sunt: serviciul de evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic, consiliere psihologica si de psihopedagogie speciala, psihoterapie.



Sedinta are o durata de minim 50 de minute. Frecventa si numarul sedintelor se stabilesc de catre medic, de comun acord cu psihologul.



Asiguratul diagnosticat cu o afectiune oncologica poate beneficia si de servicii de psihooncologie, recomandate de medicii de: chirurgie oncologica, oncologie medicala, hematologie, oncologie si hematologie pediatrica, radioterapie, care acorda servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu.



Se deconteaza maximum 4 servicii/luna/CNP, dar nu mai mult de 1 serviciu pe zi, cu durata de minimum 50 de minute, furnizate de psihologi cu formare complementara in psihooncologie.



Medicii cu anumite specializari (exemple: neurolog, psihiatru, reumatolog, ortoped, oncolog, cardiolog, pneumolog, pediatru, endocrinolog, chirurg pediatru, chirurg cardiovascular, radioterapeut etc.) si cei cu atestat de ingrijiri paliative pot recomanda asiguratilor servicii furnizate de psiholog, cu conditia ca ambulatoriul de specialitate in care medicul isi desfasoara activitatea sa aiba personal calificat sau sa fie in contract cu un furnizor de servicii psihologice.



Terapiile psihiatrice, serviciile furnizate de psiholog, precum si serviciile furnizate de logoped, pot fi acordate si la distanta, prin orice mijloc electronic de comunicare.



Asiguratul care ingrijeste pacientul oncologic are dreptul la min. 1 sedinta de evaluare psihologica si min. 5 sedinte de consiliere psihologica clinica.

Spitalizare in spital de stat / privat

Acte necesare la internare

- bilet de internare de la medicul de familie sau bilet de transfer de la medicul specialist (valabil 30 de zile pentru diagnostic acut/subacut si 90 de zile pentru diagnostic cronic, din momentul emiterii)
- dovada calitatii de asigurat (card CNAS sau adeverinta care atesta calitatea de asigurat)
- buletinul / cartea de identitate / certificatul de nastere pentru minori
- adeverinta de salariat / talon de pensie
- adeverinta cu numarul de zile de concediu medical din ultimele 12 luni

Conditii de eligibilitate

- spitalul sa detina contract CNAS pentru servicii cu internare
- asiguratul sa detina bilet de trimitere* eliberat de medicul de familie sau medicul specialist
- sa fie efectuata o programare pentru internare, indiferent daca este spitalizare de zi sau continua
- in caz de urgenta medicala, unde viata pacientului este in pericol iminent, se poate recurge la internare imediata, fara programare prealabila; chiar si in aceste cazuri, este important ca pacientul sau aparinatorii sa contacteze spitalul pentru a informa despre situatie si pentru a primi instructiuni.

* biletul de trimitere nu este necesar in caz de: urgenta medicala, nastere, chimioterapie, radioterapie, boli infectocontagioase care necesita izolare si tratament (in spitale de profil), transfer intraspitalicesc, transfer interspitalicesc, pacientii cu hemofilie aflati in Programul National, pacientii cu diagnostic oncologic aflati in Programul National.



Spitalizare in spital de stat / privat

Spitalizare

- ✓ spitalizarea poate fi in scop preventiv, pentru tratament, in scop de recuperare medicala si paliativ (ameliorarea simptomelor si imbunatatirea calitatii vietii pacientilor cu boli grave, incurabile, sau cronice avansate)
- ✓ spitalizare de zi (internare < 12 ore) sau spitalizare continua (internare > 12 ore)
- ✓ internarea se poate efectua in spital de stat sau spital privat, cu contract CNAS pentru servicii de spitalizare

Servicii acoperite

- ✓ consultatii, investigatii, tratament medicamentos si/sau chirurgical, consumabile si materiale sanitare, dispozitive medicale, ingrijire, recuperare, cazare si masa
- ✓ servicii hoteliere standard pentru insotitorii copiilor bolnavi in varsta de pana la 3 ani si pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat



Daca in timpul internarii, asiguratului ii sunt prescrise medicamente pentru administrare in spital, materiale sanitare sau servicii medicale care nu sunt disponibile pentru a fi efectuate pe perioada internarii dar pe care ar fi fost indreptatit sa le acceseze gratuit, spitalul va rambursa contravaloarea cheltuielilor, la solicitarea asiguratului.

Spitalizare in spital de stat / privat

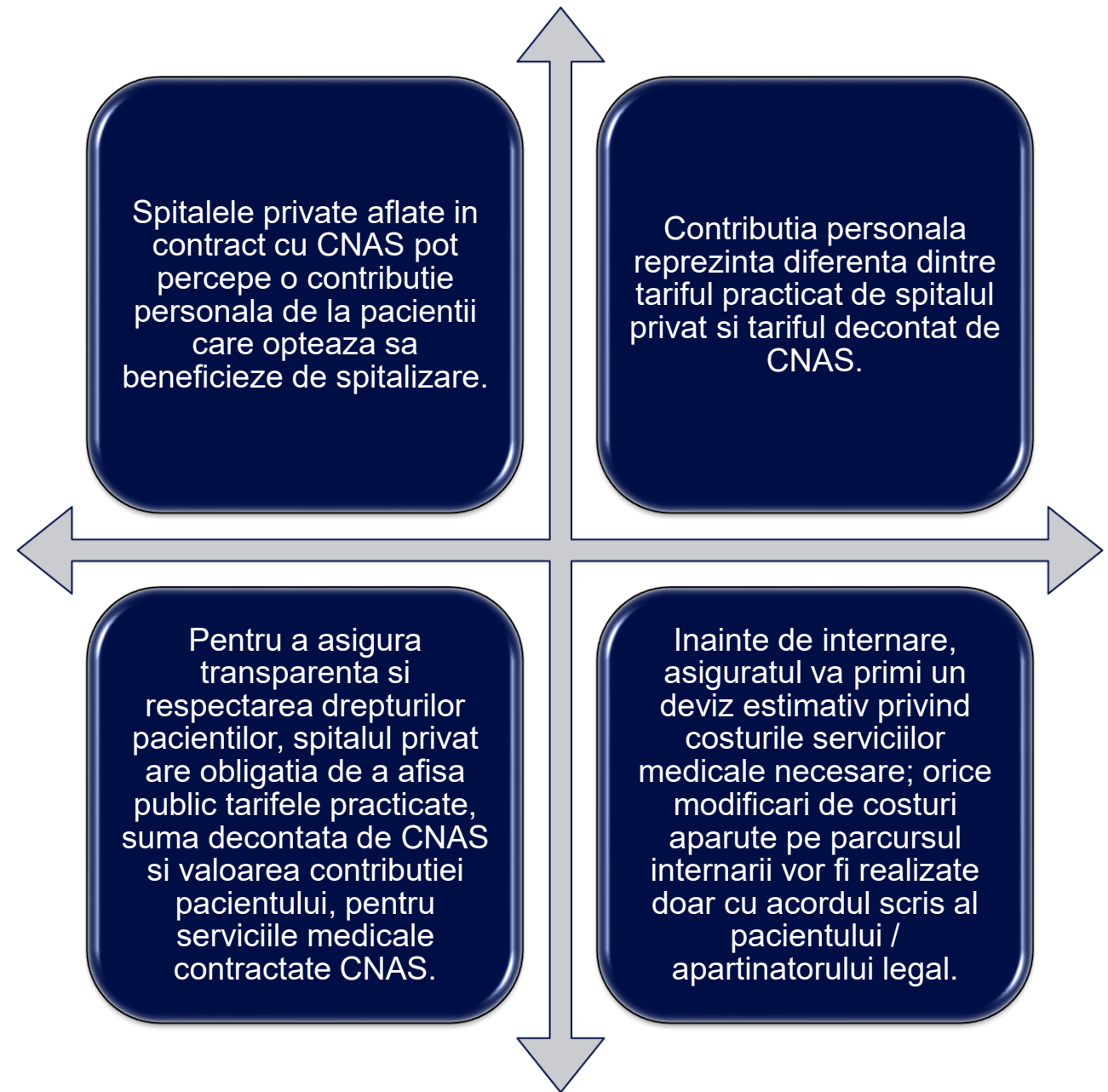
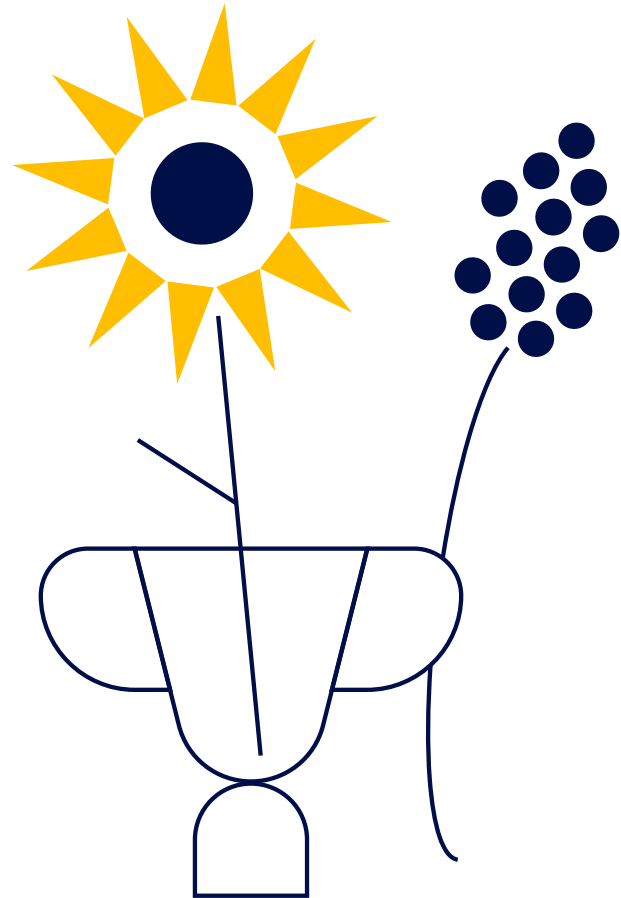
Serviciile care NU se acopera prin CNAS:

- Servicii hoteliere cu grad inalt de confort
- Asistenta medicala si servicii medicale solicitate de asigurat la cerere
- Servicii medicale care nu sunt incluse in contractul spitalului cu CNAS (interventiile estetice cu exceptia reconstructiei mamare in cazul interventiilor chirurgicale oncologice, fertilizarea in vitro, eliberarea actelor medicale solicitate de autorități, serviciile de consiliere psihologica postnatala, etc)
- Unele servicii medicale de inalta performanța; unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport
- Cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali

Persoanele neasigurate pot beneficia de spitalizare in caz de:

- Urgente medico- chirurgicale in care este pusa in pericol viata pacientului
- Boli infectocontagioase (in spitalele de profil), pana la rezolvarea completa a cazului
- Confirmarea / infirmarea afectiunii oncologice acordate in regim de spitalizare de zi
- Servicii medicale standardizate pentru depistarea unor afectiuni oncologice, acordate in regim de spitalizare de zi.


Spitalizare in spital privat



Servicii decontate CNAS pentru femeile insarcinate

□ Asistenta medicala primara oferita de medicul de familie:

- gravida este luata in evidenta de medicul de familie inca din primul trimestru al sarcinii; medicul poate elibera o adeverinta prin care atesta existenta sarcinii.

 □ **Atentie!!!** Daca gravida este neasigurata si nu are venituri, aceasta poate deveni asigurata, pe perioada sarcinii si lauziei, prin transmiterea adeverintei medicale catre CNAS / CJAS, fara alte cheltuieli, conform prevederilor legale.

- cate o consultatie lunara de supraveghere, intre lunile 3 - 7 de sarcina, daca sarcina evolueaza normal si fara complicatii;
- consultatii bilunare, din luna a 7-a pana in luna a 9-a;
- supravegheaza travaliul si nasterea precipitata, pana la sosirea echipajului de urgenta, daca gravida nu are acces imediat la asistenta medicala;
- 2 vizite la domiciliul pacientei pentru a urmari evolutia lauziei, imediat dupa externarea din maternitate si o luna mai tarziu.

□ Asistenta medicala de specialitate clinica:

- 1 consultatie de supraveghere / fiecare trimestru de sarcina, acordata de medicul specialist in obstetrica-ginecologie cu / fara bilet de trimitere de la medicul de familie;
- 1 consultatie pentru lauzie, in primul trimestru dupa nastere;
- in cadrul consultatiilor, medicul poate recomanda analize si investigatii / internare in spital;
- in caz de supraspecializare in medicina materno-fetala, medicul poate efectua si ecografie obstetricala anomaliilor trimestrul I cu translucenta nucala si ecografie obstetricala anomaliilor trimestrul II.



Servicii decontate CNAS pentru femeile insarcinate

□ Asistenta medicala de specialitate paraclinica:

- urmatoarele analize medicale specifice **chiar si peste valoarea plafonului lunar**, pe baza biletului de trimitere emis de medicul de familie sau medicul specialist in obstetrica-ginecologie: *hemoleucograma completa, determinarea grupului sanguin si Rh, testare HIV, timpul Quick si INR, APTT, fibrinogenemie, proteine serice totale, feritina serica, uree serica, acid uric seric, creatinina serica, bilirubina totala si directa, glicemie, TGP, TGO, Gama GT, fosfataza alcalina, sodiu, potasiu, magneziu, calciu total si ionic seric, examen complet de urina, dozare proteine urinare, albumina serica, HBA1c, TSH, FT4, AgHBs, VDRL sau RPR, proteina C reactiva, anticorpi anti HCV, urocultura, exudat faringian, examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau, examen microscopic nativ si colorat din secretii vaginale.*
- **investigatii medicale neiradiante**: ecografie obstetricala anomalii trimestrul I cu translucenta nucala si ecografie obstetricala anomalii trimestrul II.

Atentie!!!

Incepand cu 1 iulie 2023, pentru serviciile medicale paraclinice legate de sarcina recomandate de medicii de familie si medicii specialisti in obstetrica-ginecologie, in cadrul consultatiilor de monitorizare a evolutiei sarcinii, sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate se pot suplimenta astfel incat gravidele sa beneficieze de servicii intr-un interval de timp cat mai scurt posibil.



Servicii decontate CNAS pentru femeile insarcinate

□ Asistenta medicala in spital:

- **servicii medicale standard pentru sarcina normala - in spitalizare de zi**, pe sectiile / compartimente de obstetrica-ginecologie / spitalele de obstetrica-ginecologie, in scop de supraveghere, cu conditia ca unitatea sa aiba cabinet medical de specialitate si laborator de analize medicale:
 - consultatii de specialitate
 - analize / investigatii: *hemoleucograma completa, determinarea grupului sanguin ABO si Rh, uree serica, acid uric seric, creatinina serica, glicemie, TGP, TGO, TSH, examen complet de urina (sumar + sediment), VDRL sau RPR, testare HIV, evaluarea infectiilor cu risc pentru sarcina (rubeola, toxoplasmoza, citomegalovirus, hepatita B si C), secretie vaginala, examen Babes-Papanicolau (pana la saptamana 23 + 6 zile) sau test de toleranta la glucoza per os +/- hemoglobina glicata (saptamana 24-28 + 6 zile) sau biometrie fetala (saptamana 29-33 + 6 zile) sau detectia streptococului de grup B (saptamana 34-37 + 6 zile).*
 - *ecografie de confirmare, viabilitate si datare a sarcinii.*
- **screening prenatal - in spitalizare de zi**, *intre saptamanile 11-19 de sarcina, care include:*
 - *consultatie de specialitate obstetrica-ginecologie*
 - *dublu test / triplu test*
 - *ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (acest serviciu se poate acorda si concomitent cu internarea pentru supravegherea sarcinii normale).*
- **manevre invazive pentru diagnosticul prenatal - in spitalizare de zi**, si anume: **amniocenteza** (trimestrul II de sarcina), **cordocenteza** (trimestrul II) si **biopsie de vilozitati coriale** (trimestrul I). Biopsia de vilozitati coriale si amniocenteza se efectueaza pentru anomalii majore confirmate imagistic, in caz de patologie genetica in familie cu risc de transmitere la descendenti. Cordocenteza se efectueaza pentru cazuri cu indicatie in scop diagnostic sau terapeutic.

Servicii decontate CNAS pentru femeile insarcinate

□ Asistenta medicala in spital:

Supravegherea sarcinilor cu risc crescut - in spitalizare de zi:

- pentru **edemul gestational**, serviciile obligatorii sunt: consultatie de specialitate, hemoleucograma completa, creatinina serica, acid uric seric, TGP, TGO, examen complet de urina (sumar + sediment), dozare proteine urinare, proteine totale serice, Ecografie obstetricala si ginecologica;
- pentru **hiperemeza gravidica usoara**, serviciile obligatorii sunt: consultatie de specialitate, hemoleucograma completa, sodiu seric, potasiu seric, examen complet de urina (sumar + sediment), uree serica, acid uric seric, creatinina serica, ecografie obstetricala si ginecologica;
- pentru **evaluarea gravidelor cu uter cicatricial in trimestrul III de sarcina**, serviciile obligatorii sunt: consultatie de specialitate, cardiocografie, ecografie obstetricala si ginecologica;
- pentru **monitorizarea gravidei cu tulburari de coagulare / trombofilii ereditare si dobandite**, serviciile obligatorii sunt: consultatii de specialitate, analize: antitrombina III, proteina C, proteina S, dozarea homocisteinei serice, control homocisteina serica, factor V Leyden, anticoagulant lupic screening si confirmare, ecografie obstetricala si ginecologica.



Servicii decontate CNAS pentru femeile insarcinate

□ Asistenta medicala in spital:

Servicii medicale in regim de spitalizare continua

Daca pacienta, in timpul sarcinii, prezinta complicatii sau comorbiditati, sangerare majora si necesita transfuzie, risc anestezic greu de manageriat in spitalizare de zi, cu durere postprocedurala greu de controlat si proceduri invazive majore asociate.

Nasterea este un serviciu de urgenta care se efectueaza in regim de spitalizare continua in sectiile / spitalele specializate in obstetrica-ginecologie si neonatologie.



Consultatii de urgenta la domiciliu si transport neasistat medical

Se realizeaza cu ambulante private care se afla in contract CNAS, prin apel la 112.

☐ Pachetul minimal (valabil pentru persoanele asigurate / neasigurate):

- ✓ consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgente medico-chirurgicale, care sunt incadrate la „cod verde” (pacientul este constient, prezinta simptome usoare, leziuni minore, nu prezinta dificultati in respiratie etc.);
- ✓ transportul pacientului care necesita asistenta medicala de specialitate ce nu poate fi acordata la domiciliu, daca nu se afla in stare critica si nu necesita monitorizare si ingrijiri medicale speciale pe durata transportului;
- ✓ transport la externare (inclusiv in alt judet) pentru persoanele care nu sunt transportabile cu mijloace de transport si care au suferit afectiuni precum: fracturi ale membrelor inferioare imobilizate in aparate gipsate, fracturi ale centurii pelviene sau coloanei vertebrale, deficit motor neurologic major si stari post accidente vasculare cerebrale, amputatii recente ale membrelor inferioare, stari casectice, deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronica obliteranta stadiul III si IV, insuficienta cardiaca clasa NYHA III si IV, status post revascularizare miocardica prin by-pass aorto-coronarian si revascularizare periferica prin by-pass, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, malformatii arterio venoase - rupte neoperate, malformatii vasculare cerebrale - aneurisme, malformatii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natura neprecizata, pacienti oxigenodependenti;
- ✓ transportul de la domiciliu si retur al bolnavilor cu talasemie majora in vederea efectuarii transfuziei;
- ✓ transportul de la centrul de dializa pana la domiciliu si retur al persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate in centrele de dializa de adulti, in unitatile sanitare situate in alt judet decat cel de domiciliu.



Consultatii de urgenta la domiciliu si transport neasistat medical

☐ **Pachetul de baza (valabil doar pentru asigurati)**, ce contine in plus fata de pachetul minimal:

- ✓ transport la externare (inclusiv in alt judet) pentru pacientii cu tulburari cognitive severe (demente de diferite etiologii, tulburari de spectru autist, intarziere mintala severa sau profunda);
- ✓ transportul asiguratilor nedeplasabili cu tetrapareza sau insuficienta motorie a partii inferioare, la spital pentru internare;
- ✓ transportul dus-intors la cabinetul de specialitate din specialitatile clinice, pentru asiguratii imobilizati la pat, cu tulburari cognitive severe, cu hemipareza sau parapareza, moderat severe, pentru consultatie si prescrierea tratamentului in cazul afectiunilor cronice pentru care medicatia poate fi prescrisa numai de catre medicul specialist;
- ✓ transportul dus-intors la laboratorul de investigatii paraclinice, pentru asiguratii imobilizati la pat, pentru efectuare de investigatii medicale recomandate de medicii de familie sau medicii specialisti aflati in contract CNAS;
- ✓ transportul de la domiciliu si retur al bolnavilor netransportabili care necesita monitorizare si administrarea de medicamente cu administrare intravenoasa sub supraveghere speciala si administrarea nutritiei intravenoase, inclusiv in alte judete;
- ✓ transportul bolnavilor post transplant, la externare, inclusiv in alte judete.
- ✓ transportul persoanelor diagnosticate cu afectiune oncol oncologica si a persoanelor cu suspiciune de afectiune oncologica - la externare, dus-intors la cabinetul de specialitate din specialitatile clinice, dus-intors la laboratorul de investigatii paraclinice, radioterapie sau chimioterapie in vederea efectuarii tratamentului de specialitate, inclusiv in alte judete, transportul de la domiciliu si retur pentru administrare de medicamente specifice afectiunii oncologice.



Ingrijire la domiciliu

Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu se acorda **asiguratilor** pe baza de bilet de trimitere eliberat de medicii specialisti si medicii de familie, aflati in contract CNAS.

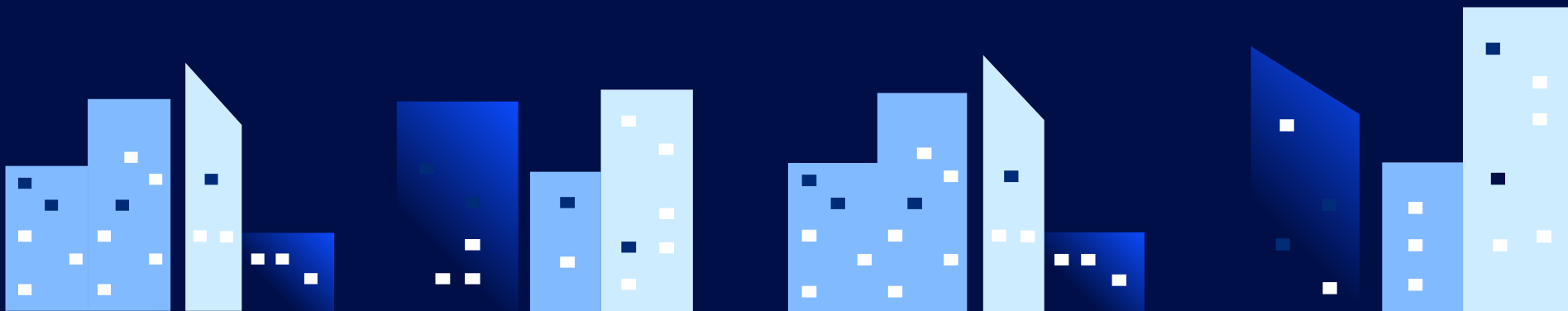
Poate fi accesata de: pacientii imobilizati 50% (la pat sau fotoliu) si pacientii complet imobilizati la pat, dependenti total de alta persoana pentru ingrijirea de baza.

Servicii:

- masurarea parametrilor fiziologici (temperatura, puls, tensiune arteriala etc.)
- administrarea medicamentelor, manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor vasculare si pulmonare
- ingrijirea leziunilor
- kinetoterapie

Conditii:

- maxim 90 de zile de ingrijiri in ultimele 11 luni (in mai multe episoade de ingrijire) pentru asiguratii adulti
- maxim 180 de zile de ingrijiri in ultimele 11 luni, pentru pacientii cu varsta sub 18 ani si / sau cei cu afectiune oncologica
- un episod de ingrijire este de maxim 15 zile / maxim 30 de zile, in functie de recomandarea medicului



Ingrijire paliativa la domiciliu



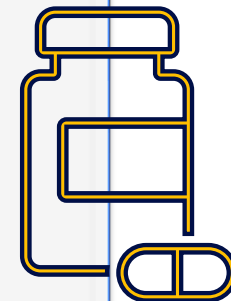
Serviciile de ingrijire paliativa la domiciliu se acorda **asiguratilor** pe baza de bilet de trimitere eliberat de medicii de familie, medicii specialisti, inclusiv medicii cu atestat de studii complementare in ingrijiri paliative, aflati in relatie contractuala cu CNAS.

Servicii	Durata		
<ul style="list-style-type: none">• consultatie, elaborarea planului interdisciplinar de tratament si ingrijire• evaluarea statusului functional si a capacitatii de autoingrijire• aplicarea si monitorizarea tratamentului medicamentos• educarea si informarea pacientului pentru auto-ingrijire• ingrijire terminala• consiliere psihologica specializata a pacientului si familiei• kinetoterapie	<p>Maxim 90 de zile de ingrijire paliativa in ultimele 11 luni (in mai multe episoade de ingrijire) / asiguratii adulti.</p> <p>Maxim 180 de zile de ingrijire paliativa in ultimele 11 luni / pacientii cu varsta sub 18 ani si / sau cei cu afectiune oncologica.</p> <p>Un episod de ingrijire este de maxim 30 de zile, in functie de recomandarea medicului</p>	<p>Un asigurat poate beneficia de:</p> <ul style="list-style-type: none">• 90 de zile de ingrijiri medicale la domiciliu si de 90 de zile de ingrijiri paliative la domiciliu, in ultimele 11 luni• numarul total de zile de ingrijiri medicale si ingrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile, in ultimele 11 luni	<p>Pacientii cu varsta sub 18 ani si pacientii cu afectiune oncologica pot beneficia de:</p> <ul style="list-style-type: none">• 180 de zile de ingrijiri medicale la domiciliu si 180 de zile de ingrijiri paliative la domiciliu• numarul total de zile de ingrijiri medicale si ingrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 300 de zile, in ultimele 11 luni.

Medicamente gratuite / compensate

Medicamente decontate CNAS

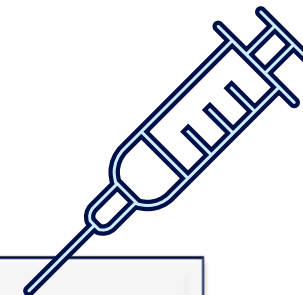
- gratuite sau cu co-plata (diferenta intre pretul medicamentului si valoarea compensata CNAS)
- procentul de compensare intre 20%-100%, in functie de sublista in care se regaseste medicamentul (A, B, C, D sau E)
- conditii de eligibilitate pentru incadrare in lista: varsta, cod boala, categoria de asigurare (copil, pensionar, salariat, etc)
- gratuit pentru: copiii cu varsta cuprinsa intre 0 - 18 ani, gravide si lehuze, tineri intre 18 - 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventi de liceu pana la inceputul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti si persoanele prevazute in legile speciale
- pensionarii cu venituri din pensii si indemnizatie sociala, indiferent daca detin sau nu alte venituri, beneficiaza de compensare 90% din pretul de referinta pentru medicamentele din sublista B (boli cronice)



Conditii

- doar persoanele asigurate pot beneficia de medicamente cu decontare CNAS
- necesita reteta electronica / reteta cu regim special (reteta verde sau galbena)
- sunt eliberate doar de catre farmaciile autorizate, care se afla in contract CNAS

Medicamente gratuite / compensate



Medic prescriptor

- medicamentele decontate CNAS pot fi prescrise de medicul de familie / medicul specialist cu contract CNAS
- medicamentele restrictionate prin protocoale terapeutice nu pot fi prescrise de medicul de familie, ci doar de medicul specialist cu contract CNAS

Perioada pentru care se pot prescrie medicamente

- pentru maxim 7 zile in afectiuni acute
- pana la 8 – 10 zile in afectiuni subacute
- pana la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afectiuni cronice. In cazul bolnavilor cu afectiuni cronice si schema stabila de tratament, medicamentele pot fi prescrise pentru o perioada de 3 luni (pana la 90 – 91 - 92 de zile)

Valabilitatea retetei electronice

- 48 de ore pentru afectiunile acute si subacute
- maxim 30 de zile pentru boli cronice si vaccinuri
- maxim 92 de zile pentru retetele emise pe o perioada de 90 – 91 - 92 de zile, cu prima eliberare de medicamente in maxim 30 de zile de la emiterea retetei

Dispozitive medicale si proteze

Dispozitivele medicale se acorda doar **asiguratilor** pe perioada determinata (prin inchiriere) /perioada nedeterminata, in baza prescriptiei medicale eliberate de medicul aflat in contract CNAS.

Pachetul de baza pentru dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu cuprinde:
dispozitive de protezare in domeniul ORL, pentru protezare stomii, pentru retentie sau/si incontinenta urinara, proteze pentru membre, orteze pentru coloana vertebrala sau membre, incaltaminte ortopedica, dispozitive pentru deficiente vizuale, echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva, aparate CPAP/BPAP si dispozitive de asistare a tusei, pentru terapia cu aerosoli, dispozitive de mers, proteze externe de san, dispozitive compresive.

Prescriptiile medicale au o valabilitate de 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Anumite dispozitive medicale au un pret de vanzare mai mare decat pretul pe care il deconteaza CNAS, astfel incat exista posibilitatea ca asiguratul sa suporte o contributie personala calculata ca diferenta dintre pretul de vanzare al dispozitivului si pretul decontat CNAS.

Procedura de obtinere a dispozitivelor consta in depunerea unei cereri la CNAS, impreuna cu copia CI, prescriptia medicala valabila si certificatul de incadrare in grad si tip de handicap.
Documentele pot fi depuse de catre pacient sau orice persoana apartinatoare a pacientului care necesita dispozitivul.

Servicii stomatologice

1

Persoanele neasigurate beneficiaza gratuit de **pachetul minimal**, care include: consultatie, tratamentul de urgenta al traumatismelor dento-alveolare, pansament calmant/drenaj endodontic, tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie, tratamentul afectiunilor parodontiului cu anestezie, chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei, reducerea luxatiei articulatiei temporomandibulare, reparatie proteza, rebazare proteza.

2

Persoanele asigurate beneficiaza de **pachetul de baza**, care adauga la pachetul minimal urmatoarele servicii: tratamentul cariei simple si al afectiunilor mucoasei bucale, extractii dentare, chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei, decapasonarea, proteza acrilica mobilizabila pe arcada, element protetic fizionomic sau semi-fizionomic, aparate si dispozitive utilizate in tratamentul malformatiilor congenitale, detartraj cu ultrasunete si periaj profesional pe ambele arcade, detartrajul cu ultrasunet si periajul profesional etc.

3

Consultatia se acorda gratuit:

- 1 consultatie / 12 luni, pentru adulti, asigurati sau neasigurati
- 1 consultatie / 6 luni, pentru copiii de pana la 18 ani

Lista cabinete stomatologicecu contract CNAS:
https://www.casmb.ro/casmb_furniz_stoma_fisiere_contracte.php

4

Serviciile stomatologice din pachetul de baza sunt decontate in procent de **100%** pentru: copii intre 0-18 ani, tineri de 18-26 de ani (elevi, absolventi de liceu pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti, studenti doctoranzi cu activitati didactice, persoanele care urmeaza instruirii individuale pentru a deveni soldati sau gradati profesionisti fara venituri din munca) si beneficiarii legilor speciale.

Verificare plafoane:
<https://cas.cnas.ro/casmb/furni-stoma-valori>

5

Adultii beneficiaza de serviciile stomatologice din pachetul de baza decontate in procent de **60%** (40% se achita de pacient) sau **100%**.

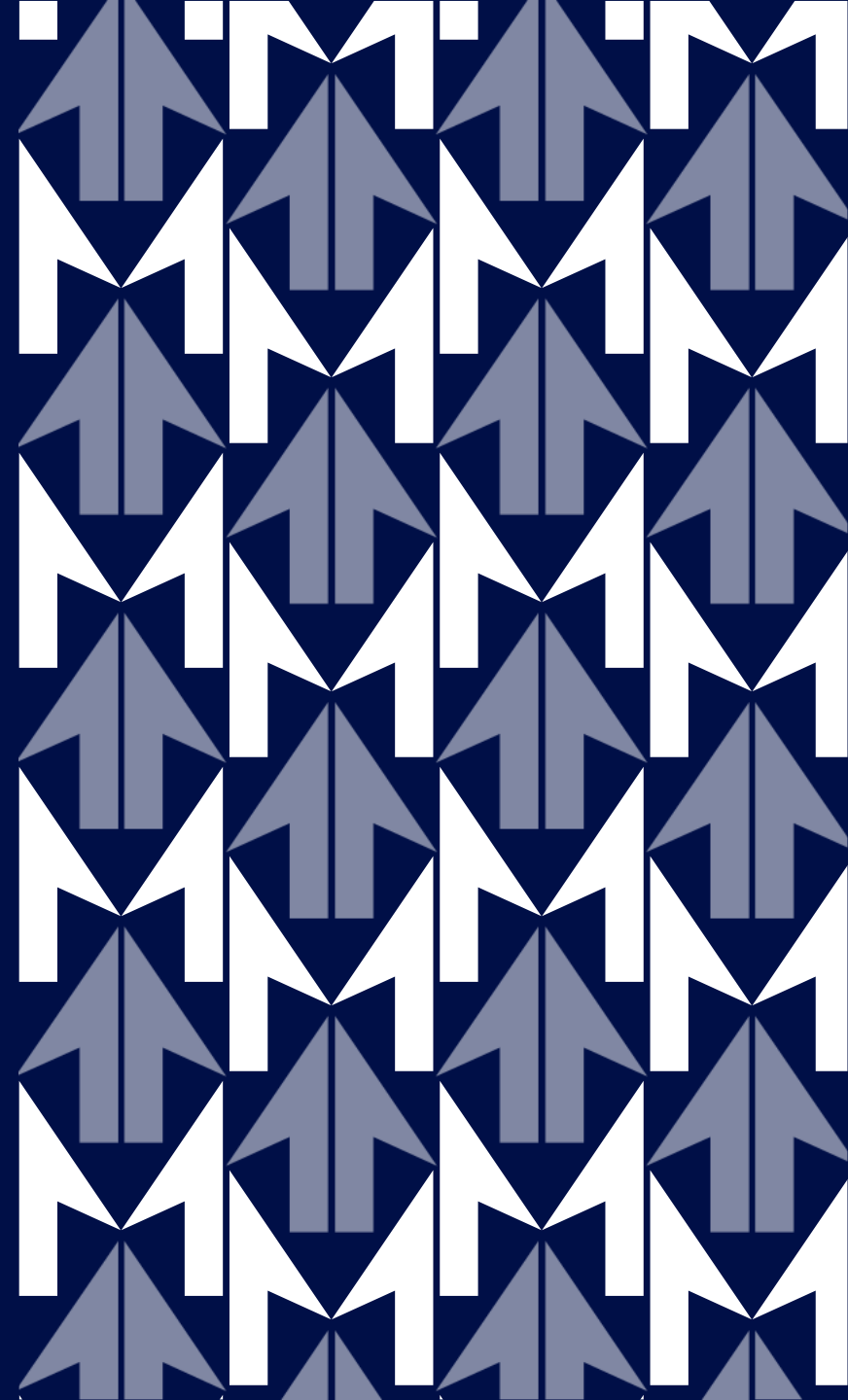
CNAS nu deconteaza un procent din pretul clinicii, ci un procent din tariful stabilit de CNAS pentru acel serviciu. Daca tariful clinicii este mai mare decat decontarea CNAS = pacientul trebuie sa plateasca.



Informatii aditionale

- ✓ Cardul european de sanatate
- ✓ Programele nationale de sanatate
- ✓ Probleme si solutii
- ✓ Concluzii si recomandari

03



Cardul european de sanatate

▶ Cardul european de sanatate este un card gratuit cu care asiguratul poate beneficia de **serviciile medicale publice devenite necesare** in timpul **șederii temporare** pe teritoriul oricarui stat membru al Uniunii Europene, Spatiului Economic European (Islanda, Liechtenstein, Norvegia), Confederatia Elvetiana si Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, servicii **care nu pot fi amanate pana la intoarcerea in tara de origine**.

Sedere temporara = motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii, pentru o perioada de timp de cel mult 6 luni.

Cardul se obtine de catre orice asigurat in sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania printr-o cerere standard, de pe pagina web CNAS.

Valabilitate card european de sanatate = 2 ani.

Serviciile medicale acoperite:

- ✓ ingrijiri medicale de urgenta si tratamente medicale necesare, acordate in aceleasi conditii si la acelasi cost ca si asiguratilor din tara respectiva
- ✓ pentru anumite servicii medicale este posibil sa fie necesara coplata, care va fi suportata de asigurat, chiar daca in Romania aceleasi servicii sunt decontate integral



▶ **Atentie!!!! Cardul nu acopera situatia in care:**

- ✓ deplasarea are ca scop obtinerea tratamentului medical planificat
- ✓ serviciile medicale respective nu sunt decontate in sistemul public de sanatate din acea tara
- ✓ accesarea se face in sistem privat

Cardul european de sanatate

▶ Cardul european de sanatate este **valabil in 31 de state:**

Cele 27 de state membre ale Uniunii Europene: Austria, Belgia, Bulgaria, Croatia, Cipru, Cehia, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franta, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Malta, tarile de Jos, Polonia, Portugalia, Romania, Slovacia, Slovenia, Spania, Suedia, Ungaria

Statele din Spatiul Economic European (SEE), care nu sunt in UE: Islanda, Liechtenstein, Norvegia

Alte state: Elvetia, Regatul Unit (Anglia, Scotia, tara Galilor si Irlanda de Nord)



▶ **Tari unde NU este valabil:** Turcia, Serbia, Muntenegru, Bosnia si Hertegovina, Albania, Macedonia de Nord, Moldova, Ucraina, Statele Unite ale Americii, Canada, Egipt, Emiratele Arabe Unite si in general in orice tara din afara UE/SEE/Elvetiei/Regatului Unit.

Card european vs polita de calatorie

Aspect	Card European (CEASS)	Polita Travel
Cost	Gratuit (daca esti asigurat CNAS)	Se plateste
Unde este valabil	UE, SEE, Elvetia, UK in anumite conditii	in functie de polita, oriunde in lume
Acopera spitale publice	Da, la acelasi nivel cu asiguratii locali	Da
Acopera spitale private	Nu, in general	De regula da
Acopera urgente medicale	Da	Da
Acopera repatriere medicala	Nu	Da, de obicei
Acopera transport cu ambulanta aeriana	Nu	Poate acoperi
Acopera bagaje pierdute / furate	Nu	Da, daca este inclus
Acopera anularea calatoriei	Nu	Poate acoperi
Acopera raspundere civila	Nu	Poate acoperi
Acopera sporturi de risc	Nu	Unele polite da

Ce faci efectiv cand ai nevoie de ingrijiri medicale?

- ✓ Mergi la un centru medical sau spital care face parte din sistemul public (sau are contract cu sistemul public).
- ✓ Prezinti:
 - o cardul european (CEASS);
 - o cartea de identitate / pasaportul
- ✓ Clinica verifica datele si te trateaza ca pe un asigurat local.

Difera de la o tara la alta?

- ✓ Da, foarte mult. Cardul iti ofera aceleasi drepturi pe care le are un asigurat din tara in care te afli. Daca el plateste, si tu platesti.

Poti afla ce ai de facut inainte sa pleci?

- ✓ Da, acceseaza link-ul de mai jos pentru informatii complete la nivelul fiecarei tari. [How to use the card - Employment, Social Affairs and Inclusion](#) .

Recomandare

- ✓ Achizitioneaza polita de calatorie impreuna cu cardul CEASS

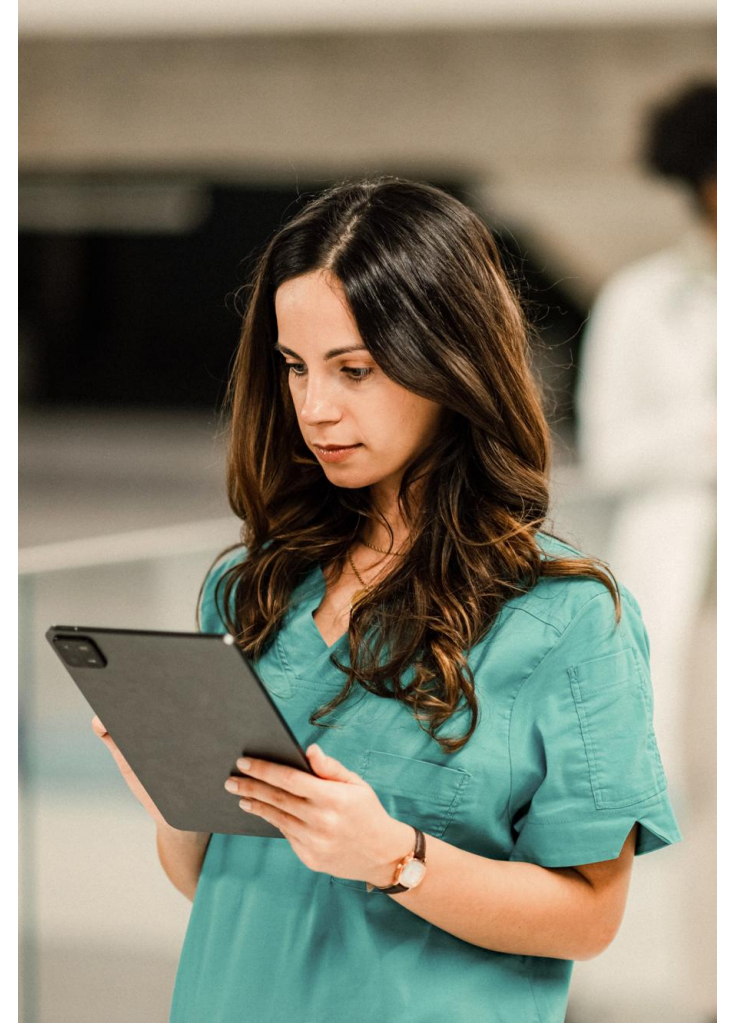
Programele Nationale de Sanatate

Programele nationale de sanatate au acoperire nationala si se deruleaza prin intermediul unitatilor medicale: institutii publice, furnizori publici / privati de servicii medicale, furnizori privati de medicamente si dispozitive medicale.

In Romania exista **2 categorii de programe nationale de sanatate (PNS)**:

- ❑ **programe nationale de sanatate publica (PNSP)**, care sunt derulate de Ministerul Sanatatii, permitand controlul adecvat al problemelor de sanatate publica si accesul echitabil la servicii de sanatate obligatoriu necesare, inclusiv la servicii de preventie primara si secundara. Beneficiarii PNSP sunt persoanele cu domiciliul in Romania, asigurati / neasigurati.
- ❑ **programe nationale de sanatate curative (PNSC)**, care sunt derulate de CNAS. Beneficiarii PNSC sunt persoanele cu domiciliul in Romania, care au calitatea de asigurat.

Persoanele aflate in tranzit prin Romania pot beneficia de serviciile din cadrul programelor nationale de sanatate publica (PNSP) in situatiile de risc epidemiologic (epidemie declarata, pandemie declarata, urgenta de sanatate publica de importanta internationala).



Programele Nationale de Sanatate Publica (PNSP)

Programele Nationale de Sanatate Publica au ca scop imbunatatirea starii de sanatate a populatiei prin actiuni de prevenire, control si tratament al bolilor, precum si prin promovarea unui stil de viata sanatos.

PNSP asigura:

- ❑ controlul adecvat al problemelor de sanatate publica
- ❑ accesul echitabil la servicii de sanatate imperios necesare, inclusiv la servicii de preventie
- ❑ obiectiv pe termen lung = diminuarea diferentelor in ceea ce priveste starea de sanatate intre populatia Romaniei si cea din Uniunea Europeana, precum si intre grupuri defavorizate si situatia medie nationala.



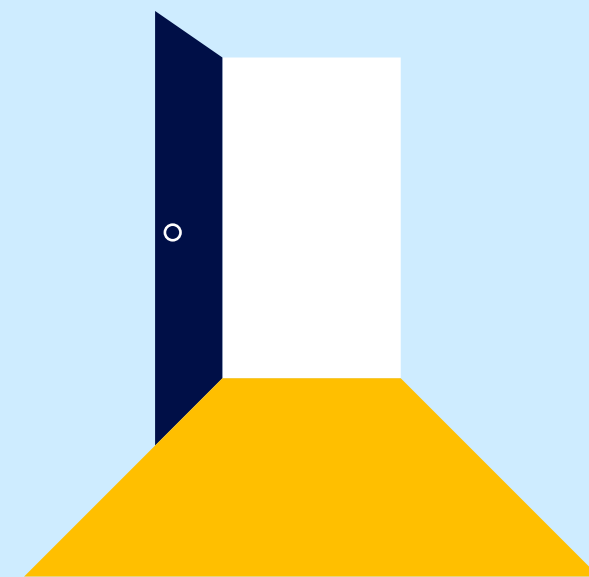
Programele Nationale de Sanatate Publica (PNSP)

13 Programe nationale de sanatate publica (PNSP) = in scop de preventie:

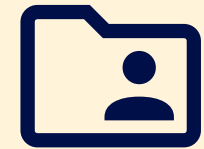
1. Programul național de **vaccinare**;
2. Programul național de **supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare**;
3. Programul național de **prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA**;
4. Programul național de **prevenire, supraveghere și control al tuberculozei**;
5. Programul național de **monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viața și munca**;
6. Programul național de **securitate transfuzionala**;
7. Programul național de **screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice**;
8. Programul național de **sanatate mintala și profilaxie in patologia psihiatrica**;
9. Programul național de **transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana**;
10. Programul național de **evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vit. D la persoanele din grupele de risc**;
11. Programul național de **tratament dietetic pentru boli rare**;
12. Programul național de **evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sanatate**;
13. Programul național de **sanatate a femeii și copilului**.

4 subprograme = in scop de screening:

- ✓ Subprogramul de screening pentru **cancerul de col uterin**;
- ✓ Subprogramul de screening pentru **cancerul de san**;
- ✓ Subprogramul de screening pentru **cancerul colorectal**;
- ✓ Subprogramul de screening pentru **depistarea infectiilor cronice cu virusurile hepatitice B / C / D**.



Programele Nationale de Sanatate Publica (PNSP)

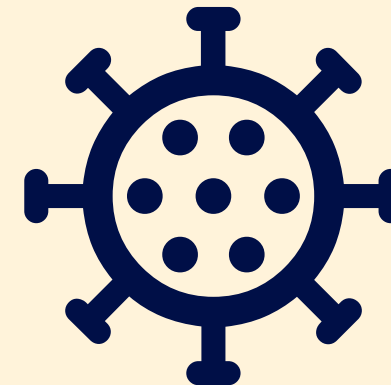
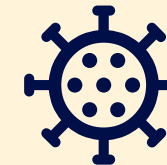


Program	Ce acopera
Vaccinare	Vaccinuri gratuite din Programul National de Vaccinare.
Boli transmisibile prioritare	Depistarea, monitorizarea si controlul epidemiilor si bolilor contagioase.
HIV/SIDA	Testare, monitorizare si tratament pentru infectia HIV.
Tuberculoza	Diagnostic, tratament si supravegherea pacientilor cu TBC.
Factori de mediu si munca	Monitorizarea impactului mediului si conditiilor de munca asupra sanatatii.
Securitate transfuzionala	Siguranta sangelui donat si a transfuziilor.
Screening boli cronice	Depistarea precoce a bolilor cu impact major asupra sanatatii publice.
Sanatate mintala	Preventie, diagnostic si servicii pentru afectiuni psihice.
Transplant	Donare, prelevare si transplant de organe, tesuturi si celule.
Evaluarea vitaminei D	Determinarea si monitorizarea deficitului de vitamina D la grupele eligibile.
Tratament dietetic pentru boli rare	Produse si terapii nutritionale specifice bolilor rare.
Promovarea sanatatii si educatie pentru sanatate	Campanii de informare si preventie pentru populatie.
Sanatatea femeii si copilului	Monitorizarea sarcinii, sanatatea mamei si a copilului.

Programele Nationale de Sanatate Publica (PNSP)

Subprograme de screening

Subprogram	Ce acopera
Cancer de col uterin	Testare Babes-Papanicolau si genotipare HPV pentru depistare precoce. Consultatii si investigatii suplimentare – colposcopie, biopsie.
Cancer de san	Mamografie si ecografie mamara pentru depistarea precoce. Investigatii suplimentare in caz de rezultat suspect
Cancer colorectal	Test pentru hemoragii oculte in scaun, colonoscopie la persoanele cu test FIT pozitiv Investigatii suplimentare in caz de rezultat suspect.
Hepatite B/C/D	Testare si identificarea precoce a infectiilor virale hepatice: Antigen HBS, Anticorpi anti HCV Investigatii de confirmare pentru persoanele pozitive.



Programele Nationale de Sanatate Curative (PNSC)

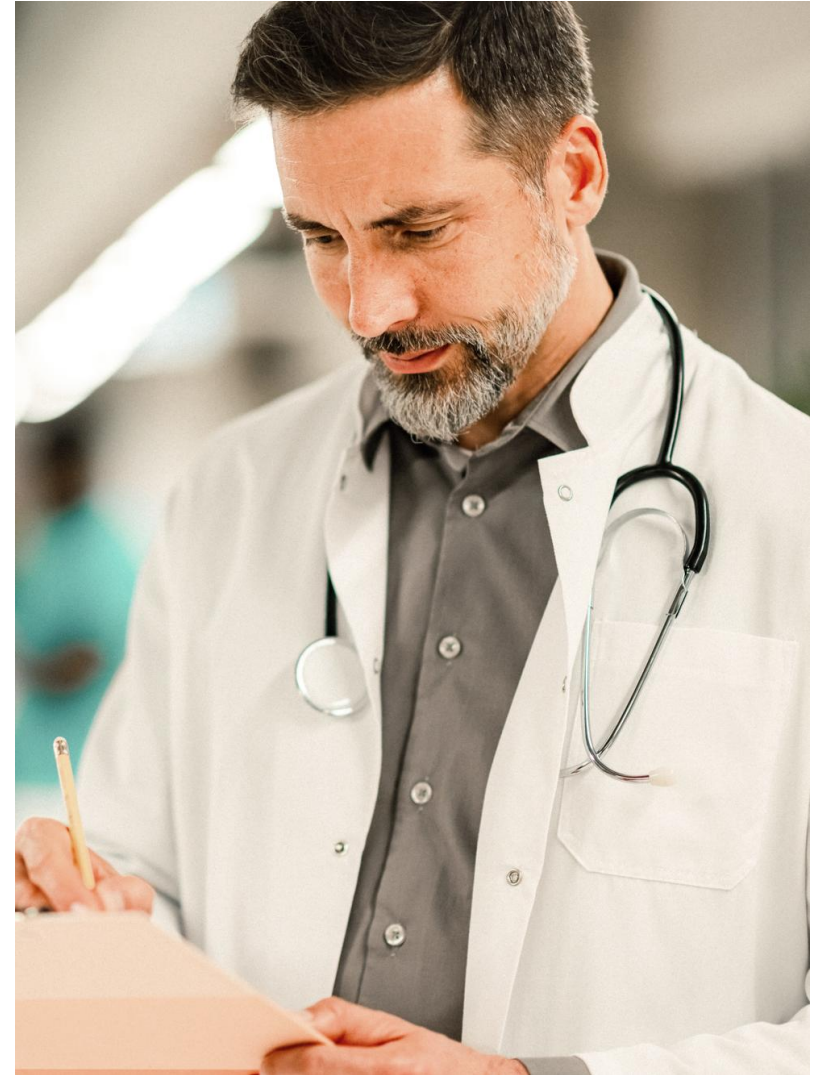
Programele Nationale de Sanatate Curative sunt initiative multianuale ale Ministerului Sanatatii si Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (CNAS), avand ca scop asigurarea tratamentului specific pentru bolile cu impact major asupra sanatatii publice.

Prin **PNSC** bolnavii pot beneficia de:

- medicamente incluse in Lista medicamentelor compensate**
- materiale sanitare, dispozitive medicale**
- tratamente specifice (ex: radioterapie, dializa)**
- investigatii specifice (ex: PET-CT)**

Pentru a putea beneficia de tratamentul oferit prin PNSC, pacientii trebuie sa se adreseze unui medic specialist care lucreaza intr-o unitate sanitara ce deruleaza programul respectiv.

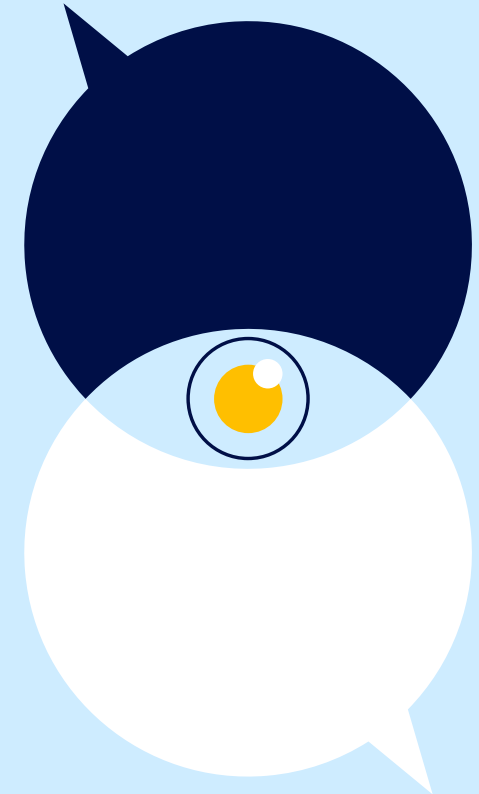
- Medicul specialist decide inrolarea in PNSC a pacientilor, in functie de boala de care sufera, starea de sanatate si tinand cont de criteriile de eligibilitate.
- Lista unitatilor sanitare ce deruleaza PNSC poate fi vizualizata pe site-ul CNAS: <https://cnas.ro/programe-nationale-de-sanatate-curative/>



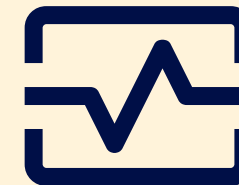
Programele Nationale de Sanatate Curative (PNSC)

16 programe nationale de sanatate curative = in scop de tratament:

1. Programul national de **boli cardiovasculare**
2. Programul national de **oncologie**
3. Programul national de **tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)**
4. Programul national de **diabet zaharat**
5. Programul national de **tratament al bolilor neurologice**
6. Programul national de **tratament pentru boli rare**
7. Programul national de **sanatate mintala**
8. Programul national de **boli endocrine**
9. Programul national de **ortopedie**
10. Programul national de **PET-CT**
11. Programul national de **endometrioza**
12. Programul national de tratament al **hemofiliei si talasemiei**
13. Programul national de **transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana**
14. Programul national de **suplere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica**
15. Programul national de **terapie intensiva a insuficientei hepatice**
16. Programul national de **diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta**



Programele Nationale de Sanatate Curative (PNSC)



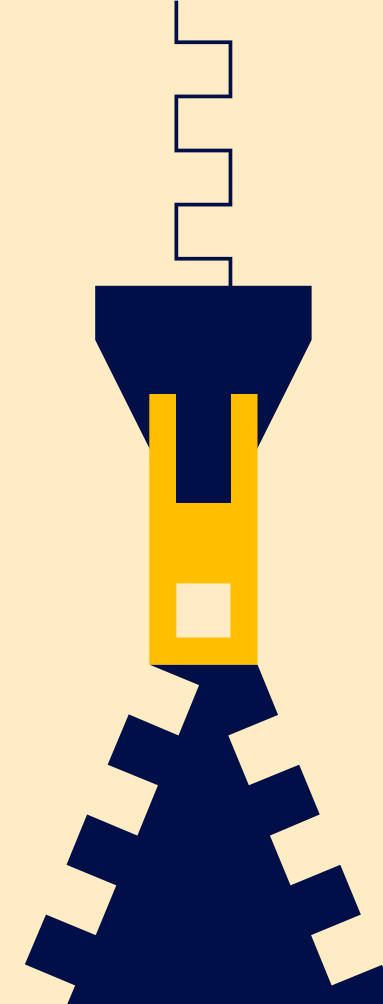
Program	Ce servicii acopera
Boli cardiovasculare	Stenturi, angioplastii, proteze valvulare, dispozitive cardiace, tratamente interventionale complexe
Oncologie	Chimioterapie, imunoterapie, terapii tintite, radioterapie, monitorizare oncologica si medicamente oncologice
Surditate – implant cohlear si proteze auditive implantabile	Implant cohlear, proteze auditive implantabile si monitorizarea acestora
Diabet zaharat	Insulina, antidiabetice, teste glicemie, senzori de monitorizare continua, pompe de insulina si consumabile
Boli neurologice	Medicamente pentru scleroza multipla, epilepsie severa si alte boli neurologice incluse in program
Boli rare	Medicamente si terapii specifice pentru afectiuni rare cu costuri foarte mari
Sanatate mintala	Tratamente pentru afectiuni psihice severe, monitorizare si servicii specializate
Boli endocrine	Tratamentul afectiunilor endocrine incluse in program, in special terapii specifice costisitoare
Ortopedie	Endoproteze de sold si genunchi, implanturi si materiale speciale pentru interventii ortopedice
PET-CT	Investigatii PET-CT pentru oncologie si alte indicatii aprobate
Endometrioza	Diagnostic, interventii chirurgicale si tratamente specifice endometriozei
Hemofilie si talasemie	Factori de coagulare, transfuzii si tratamente specifice bolilor hematologice
Transplant	Evaluare pretransplant, transplant, monitorizare si tratament post-transplant
Supleerea functiei renale	Hemodializa, dializa peritoneala, materiale si monitorizare
Terapie intensiva a insuficientei hepatice	Tratament si proceduri complexe pentru insuficienta hepatica severa
Diagnostic si tratament cu aparatura de inalta performanta	Investigatii si tratamente realizate cu echipamente medicale avansate, in centre specializate

Servicii medicale din pachetul de baza ce completeaza Programele Nationale de Sanatate (PNS)*

Pentru toate PNS:

- Prescripții medicale pentru medicamentele, materialele sanitare și altele asemenea, care se eliberează în regim ambulatoriu prin farmaciile cu circuit deschis și/sau închis, după caz, acordate în cadrul PN respectiv;
- Servicii medicale spitalicești (în regim de spitalizare de zi sau spitalizare continuă, după caz) în cadrul cărora se acordă tratamentul specific PN respectiv;
- Prescripție medicală pentru medicamentele, materialele sanitare și altele asemenea, care se eliberează la externare prin farmaciile cu circuit deschis și/sau închis, după caz, acordate în cadrul PN respectiv;
- Scrisoare medicală sau bilet de externare din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a pacientului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă determinată conform diagnosticului.

* Pentru a beneficia de consultările menționate la medicii de specialitate din ambulatoriu, respectiv de serviciile medicale spitalicești menționate, pacienții neasigurați înscrși în PNS se pot prezenta direct la cabinetul medical, respectiv la spital, fără să fie necesar biletul de trimitere.



Servicii medicale din pachetul de baza ce completeaza Programele Nationale de Sanatate (PNS)

Pentru PN de diabet zaharat:

- Consultatii la medicul de familie necesare pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;
- Consultatii la medicul de familie necesare pentru emiterea de catre acesta a biletului de trimitere pentru efectuarea analizei HbA1c (hemoglobina glicozilata);
- Consultatii la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice sau cu competența in diabet, nutriție și boli metabolice, numai in vederea prescrierii medicamentelor si materialelor sanitare specifice acordate in cadrul PN;
- Consultatii la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice sau cu competența in diabet, nutriție și boli metabolice, (precum și la medicul de specialitate de medicina interna nominalizat de CNAS, in situația in care exista un deficit de medici specialiști in diabet, nutriție și boli metabolice sau cu competența in diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean), numai pentru recomandarea efectuării HbA1c;
- Bilete de trimitere pentru efectuarea investigației HbA1c;



Servicii medicale din pachetul de baza ce completeaza Programele Nationale de Sanatate (PNS)

Pentru PN de tratament pentru boli rare:

- Consultatii la medicul de familie necesare pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;
- Consultatii la medicul de specialitate alergologie și imunologie clinica, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastroenterologie, genetica medicala, hematologie, medicina interna, neurologie, nefrologie, oncologie medicala, oftalmologie și pneumologie, numai pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;

Pentru PN de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana:

- Consultatii la medicul de familie necesare pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;
- Consultatii la medici din specialitatile clinice, conform competentelor, numai pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;



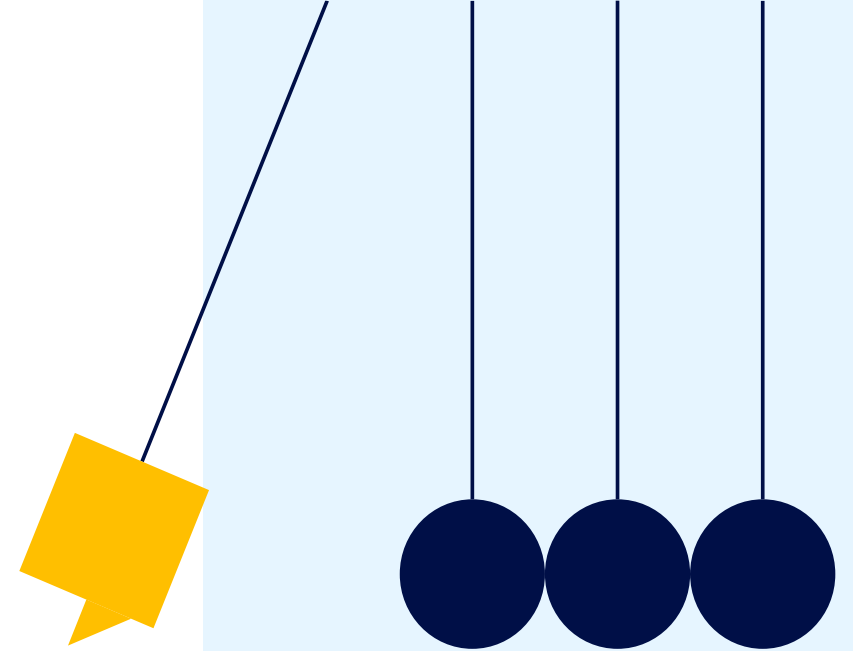
Servicii medicale din pachetul de baza ce completeaza Programele Nationale de Sanatate (PNS)

Pentru PN de tratament al hemofiliei și talasemiei:

- ❑ Consultatii la medicul de specialitate hematologie, numai pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;;

Pentru PN de sanatate a femeii si copilului:

- ❑ Consultatii la medicul de specialitate obstetrica-ginecologie și medicul de specialitate genetica medicala, pentru persoanele inrolate in Subprogramul de sanatate a femeii, domeniile de interventie prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal, respectiv profilaxia sindromului de izoimunizare Rh;
- ❑ Sfat genetic acordat de medicul de specialitate genetica medicala, pentru persoanele inrolate in Subprogramul de sanatate a femeii, domeniul de interventie prevenirea bolilor genetice prin diagnostic pre- și postnatal;



Servicii medicale din pachetul de baza ce completeaza Programele Nationale de Sanatate (PNS)

Pentru PN de boli endocrine:

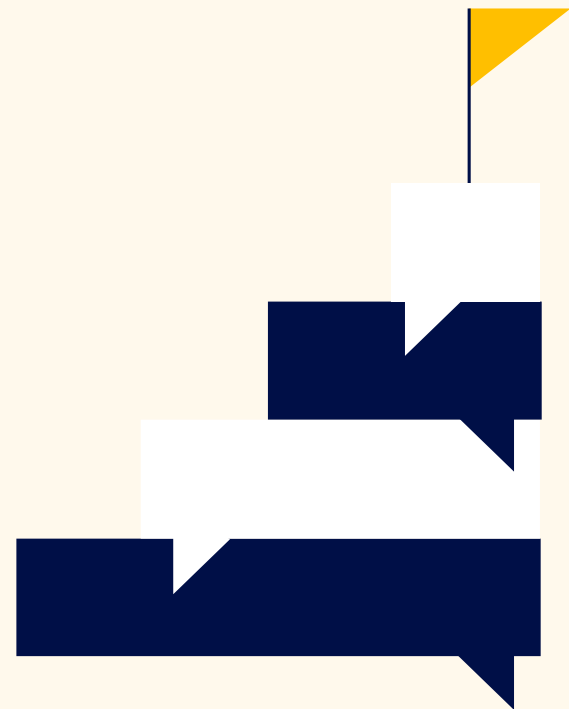
- Consultatii la medicul de specialitate endocrinologie, numai pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;

Pentru PN de tratament al bolilor neurologice:

- Consultatii la medicul de specialitate neurologie, neurologie pediatica, numai pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul PN;

Pentru PN de sanatate mentala:

- Consultatii la medicul de specialitate psihiatrie, psihiatrie pediatica, anestezie și terapie intensiva, numai pentru prescrierea medicamentelor specifice acordate in cadrul Subprogramului național de tratament al bolnavilor cu toxicodependenta, precum si de testare a metaboliților stupefiantelor.



Pacienti inscrisi in Programele Nationale de Sanatate (PNS)



Pacientii **asigurati** beneficiaza de:

- servicii medicale si conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate in cadrul programelor nationale de sanatate (PNS);
- intregul pachet de servicii de baza acordat persoanelor asigurate.

Pacientii **fara venituri, bolnavi oncologici**, inscrisi in programul national de oncologie, beneficiaza pana la vindecarea afectiunii oncologice de:

- medicamentele si serviciile prevazute in programul national respectiv;
- intregul pachet de servicii de baza acordat persoanelor asigurate.

Pacientii **neasigurati, bolnavi de HIV/SIDA sau tuberculoza** si inscrisi in programele nationale de sanatate aferente bolii, beneficiaza de:

- servicii medicale si conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate in cadrul programelor nationale respective;
- intregul pachet de servicii de baza acordat persoanelor asigurate;
- in cazul programului national de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, aceste beneficii se acorda pana la vindecarea afectiunii respective.

Pacientii **neasigurati** inscrisi in celelalte programe nationale de sanatate beneficiaza de:

- serviciile medicale si conexe, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale acordate in programul/programele respective, pentru afectiunea/afectiunile de care sufera,
- serviciile din pachetul de baza care stau la baza acordarii acestora (consultatii si spitalizari), pana la vindecarea respectivei afectiuni,
- serviciile din pachetul minimal acordat in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Probleme si solutii

❑ Acces dificil la servicii medicale decontate CNAS

Probleme: liste lungi de asteptare, fonduri limitate, acces redus in zonele rurale.

Solutii:

- programeaza-te la inceputul lunii, cand se deschide accesul la noile plafoane lunare.
- verifica clinici private cu contract CAS (ex: Affidea, Medicover, Sanador etc.).
- solicita medicilor bilete de trimitere din timp, pentru a face din timp programarile.
- exploreaza orasele din apropiere pentru medici si disponibilitate mai buna.
- consulta platformele online ale clinicilor.

❑ Birocratie excesiva

Probleme: bilet de trimitere necesar pentru aproape orice serviciu medical, formulare si adeverinte multiple, actualizarea dificila a statutului de asigurat.

Solutii:

- foloseste Dosarul Electronic de Sanatate (DES) pentru acces usor la istoricul medical <http://www.des-cnas.ro/pub/>
- pastreaza un dosar digital / fizic personalizat cu documentele medicale esentiale.
- verifica statutul tau de asigurat online <https://siui.casan.ro/asigurati/>
- cere sprijinul medicului de familie pentru eliberarea de acte (are acces direct in sistemul CAS).



Probleme si solutii

❑ Probleme de comunicare si transparenta

Probleme: lipsa de informare cu privire la drepturi, informatii contradictorii de la CAS sau clinici, site-uri greu de navigat si call-center-uri ineficiente.

Solutii:

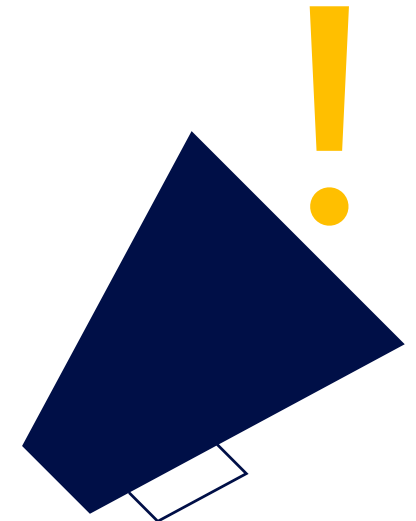
- acceseaza informatiile oficiale pe www.cnas.ro (sectiunea „Drepturi si beneficii”).
- cere raspunsuri in scris de la CAS sau spitale (email, cerere cu numar de inregistrare).
- participa in grupuri de pacienti (forumuri) unde se ofera solutii si feedback real.
- noteaza-ti numele functionarilor sau medicilor cu care discuti si cere lamuriri clare.

❑ Calitatea slaba a serviciilor in unele unitati publice

Probleme: aparatura veche, personal insuficient sau neimplicat, lipsa empatiei, comportament inadecvat.

Solutii:

- consulta recenzii si evaluari online ale spitalelor (Google, forumuri).
- cauta spitale cu proiecte de modernizare sau fonduri UE (au de obicei servicii mai bune).
- solicita programare la medici tineri, mai empatici.
- trimite plangeri scrise catre conducerea spitalului (cu numar de inregistrare).



Probleme si solutii



❑ Acces diferit in functie de statutul de asigurat

Probleme: persoanele asigurate figureaza uneori ca „neasigurate”, deci cu acces la un pachet restrans de servicii.

Solutii:

- verifica-ti periodic statutul de asigurat pe site-ul CNAS.
- depune adeverintele necesare (de somaj, student, pensionar etc.) pentru a te inregistra corect.
- daca esti somer sau intre 2 locuri de munca, plateste contributia ca persoana fizica.
- cere dovada scrisa ca esti asigurat si solicita rectificarea oficiala daca figurezi gresit.

❑ Probleme tehnice si blocaje in sistemul informatic

Probleme: card CNAS blocat sau nefunctional, erori in validarea serviciilor in sistemul informatic CNAS.

Solutii:

- testeaza cardul la medicul de familie si cere resetare / reemitere la CNAS, daca e blocat.
- daca sistemul CNAS e nefunctional (temporar), solicita inregistrarea manuala – legal posibil si ulterior validabil.
- suna la CNAS pentru suport tehnic.
- pastreaza dovezile de plata CASS pentru a-ti justifica statutul de asigurat.

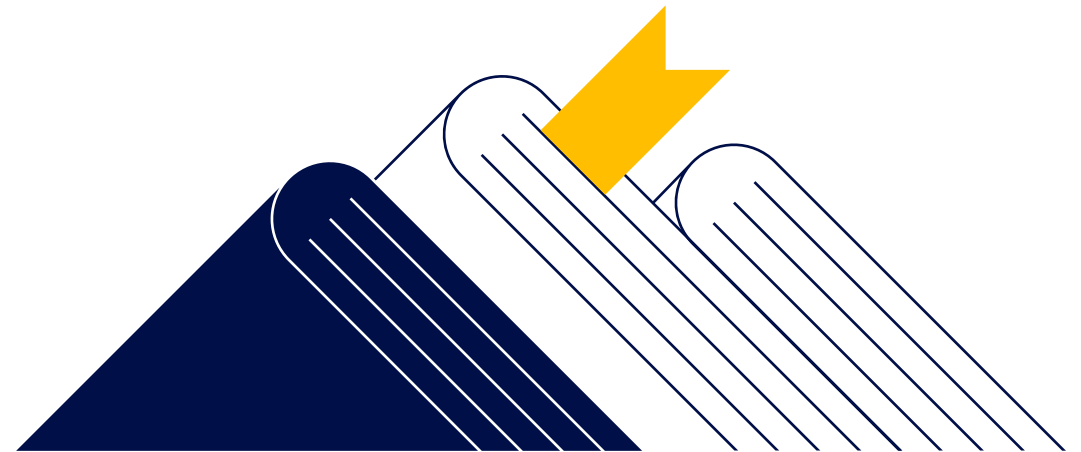
Probleme si solutii

□ Diferente intre sistemul public si cel privat

Probleme: acces mai bun in privat, dar la costuri ridicate, nu toate clinicile private sunt in contract cu CNAS.

Solutii:

- cauta clinici private cu contract CNAS – multe deconteaza consultatii, analize, RMN, ecografii.
- intreaba in scris daca serviciul necesar este decontabil partial / complet prin CNAS.
- combina servicii medicale accesate la stat cu cele accesate la privat: fa analize / investigatii in sistemul public, dar mergi la consultatii in privat.
- investeste intr-o asigurare de sanatate privata (deductibila fiscal), daca bugetul permite.



Concluzii si recomandari



❑ **Importanta informarii:**

- ✓ cunoasterea drepturilor si obligatiilor ajuta la evitarea problemelor
- ✓ informatiile corecte asigura un acces rapid si eficient la servicii de calitate

❑ **Actualizarea datelor de asigurat:**

- ✓ mentinerea informatiilor personale actualizate in sistem
- ✓ verificarea periodica a datelor si a starii cardului CNAS

❑ **Asistenta CNAS:**

- ✓ tel-verde: 0800 800 950 pentru suport tehnic card CNAS
- ✓ telefon: 0372-309-129 si 0372-309-182 pentru relatia cu asiguratii
- ✓ adresa email: relpubl1@cnas.gov.ro , relpubl1@casan.ro
- ✓ program de lucru: luni – joi 08:00 - 16:00, vineri 08:00 - 15:00
- ✓ formular online raportare probleme cu furnizorii medicali: <https://cnas.ro/raporteaza-un-furnizor/>



MARSH

J40/3767/1995, CUI 7381700

Autorizata prin Decizia CSA nr. 8/17.10.2001

Registrul Brokerilor nr. RBK-008/10.04.2003

Capital social 250.000 RON

Operator de date cu caracter personal nr. 16514

We are leaders in risk, strategy and people. One company, with four global businesses, united by a shared purpose to build the confidence to thrive through the power of perspective.