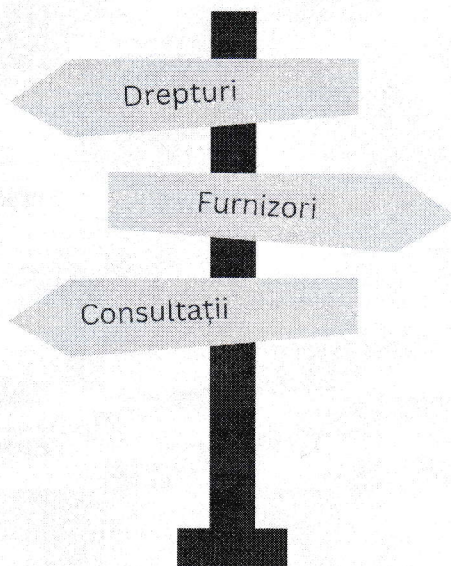


Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Ghidul asiguratului



Ediția a III-a
Ianuarie 2025

Cardul european de sănătate. Rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări

Având în vedere că România este stat membru UE, calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România este recunoscută pe teritoriul oricărui stat membru al UE / SEE / Confederației Elvețiene / Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Astfel, în funcție de formularele emise de casa de asigurări de sănătate (*card european de asigurări sociale de sănătate sau formulare/documente europene*), asiguratul poate beneficia, după caz:

- de servicii medicale devenite necesare;
- de tratament planificat;
- de toate serviciile medicale de care beneficiază orice asigurat din statul membru respectiv.

Ce este cardul european de asigurări sociale de sănătate (CEASS)?

Este un card gratuit cu ajutorul căruia, la nevoie, asiguratul poate beneficia de serviciile medicale din sistemul public, devenite necesare în timpul șederii temporare în oricare dintre statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European (Islanda, Liechtenstein, Norvegia), Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, acordate în aceleași condiții și la aceleași tarife ca și asiguraților din țara respectivă.

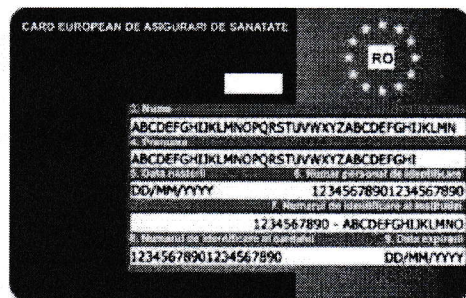
Prin ședere temporară se înțelege deplasarea unei persoane pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii.

Cardul poate fi solicitat de orice persoană care este asigurată în sistemul de asigurări sociale de

sănătate din România și are o valabilitate de 2 ani.

Serviciile medicale acordate în baza cardului nu trebuie să depășească ceea ce este necesar din punct de vedere medical în timpul șederii temporare în statul membru în care se realizează deplasarea, fiind acordate în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Prestațiile acoperite includ, de exemplu, servicii pentru boli cronice sau existente (exemplu: dializa), precum și pentru sarcină/naștere.



Cum se obține cardul european de asigurări sociale de sănătate?

Cardul poate fi obținut de la casa de asigurări de sănătate în evidența căreia persoana se află. În acest sens, asiguratul depune o cerere într-un format standardizat, al cărui model poate fi accesat pe pagina web a CNAS și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate.

Pentru mai multe detalii acesați website-ul: cardeuropean.ro

Ce măsuri se pot lua în cazul în care cardul european nu este recunoscut?

În situația în care asiguratul se află pe teritoriul unui stat membru al UE/SEE/Confederației Elvețiene/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord și, din diferite motive, nu mai este în posesia cardului (nu l-a solicitat la plecare, l-a pierdut, a fost distrus, a fost furat, cardul nu este recunoscut de furnizorul de servicii medicale unde este prezentat sau în orice altă situație similară), trebuie să contacteze casa de asigurări care a emis cardul pentru a solicita **certificatul provizoriu de înlocuire** a cardului european de asigurări sociale de sănătate.

Casa de asigurări de sănătate va trimite certificatul la adresa menționată în termen de 24 ore.

Certificatul provizoriu conferă asiguratului aceleași drepturi ca și cardul european.

Cardul european de asigurări sociale de sănătate și certificatul provizoriu de înlocuire sunt conforme unui model unic care îndeplinește caracteristicile și specificațiile tehnice prevăzute prin decizia Comisiei administrative, în scopul facilitării accesului la asistență medicală, cât și prevenirii utilizării nereglementare, abuzive sau frauduloase a cardului.

Înainte de a vă deplasa într-o țară membră a UE / SEE / Confederația Elvețiană / Regatul Unit la Marii Britanii și Irlandei de Nord, vă recomandăm să vă documentați în privința funcționării sistemului de sănătate din statul în care doriți să călătoriți, **accesând website-ul oficial al Uniunii Europene aici.**

Atenție!

- Pentru anumite servicii medicale este posibil să fie necesară coplată, care va fi suportată de asigurat, chiar dacă în România aceleași servicii sunt decontate integral.
- Cardul nu acoperă situația în care deplasarea are ca scop obținerea tratamentului medical planificat.
- Dacă în perioada de valabilitate a cardului, la momentul obținerii serviciilor medicale, persoana nu mai figurează ca asigurat, casa de asigurări de sănătate care a eliberat cardul, în calitate de plătitor al respectivelor servicii medicale, va recupera contravaloarea acestora de la persoana respectivă.
- Se poate solicita, contra cost, emiterea unui alt card, a cărui perioadă de valabilitate nu va putea depăși perioada de valabilitate a cardului inițial.

Cardul poate fi refuzat de către furnizorii de servicii medicale din spațiul comunitar dacă furnizorul de servicii medicale nu-și desfășoară activitatea în cadrul sistemului public de sănătate din țara respectivă, dacă serviciile medicale respective nu sunt decontate în sistemul public de sănătate din acea țară sau dacă documentul s-a utilizat în alte situații decât cele pentru care a fost emis (serviciile medicale acordate nu se încadrează în categoria celor devenite necesare pe timpul șederii temporare).

Asiguratul se poate afla în situația de a achita contravaloarea serviciilor medicale ce i-au fost acordate, în următoarele situații:

- cardul european/certificatul provizoriu a fost refuzat, iar serviciile medicale au fost de natura celor devenite necesare; asiguratul poate solicita rambursarea contravalorii asistenței medicale fie direct instituției respective, dacă în acel stat există o astfel de procedură, fie casei de asigurări de sănătate din România în evidența căreia este înregistrat;

cardul european/certificatul provizoriu a fost refuzat, iar serviciile medicale **NU au fost de natura celor devenite necesare**; casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea asistenței medicale acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de asigurat, la nivelul tarifelor din România, dacă: serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale se regăsesc printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislației asigurărilor sociale de sănătate și sunt decontate din FNUASS.

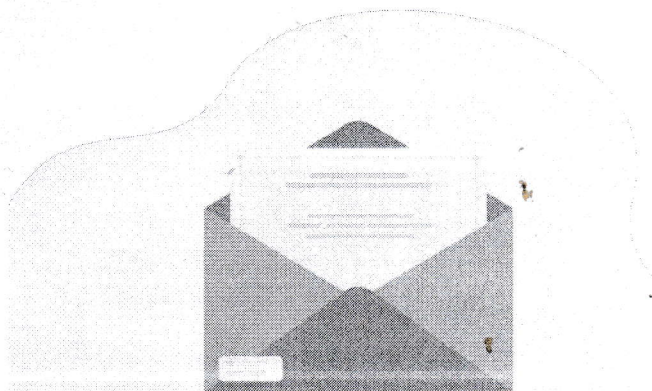
Atenție!

Procedura de rambursare a asistenței medicale transfrontaliere este aplicabilă doar în cazul statelor membre ale Uniunii Europene.

Informații detaliate privind modul în care se derulează procedura de rambursare la care asiguratul are dreptul pot fi solicitate direct casei de asigurări de sănătate în evidența căreia acesta se află.

Documentul portabil S1 (DP S1) - înregistrare pentru asigurarea medicală

DP S1 se eliberează pentru persoanele salariate sau lucrătorii independenți care își desfășoară activitatea în alt stat european, când sunt detașați sau în caz de pluriactivitate, lucrători frontalieri, pensionari, funcționari publici și membrii de familie ai acestora.



DP S1 înlocuiește formularele europene E106, E109, E120 și E121 și reprezintă un document care atestă dreptul la asistență medicală pentru categoriile de persoane menționate anterior, în statul membru de reședință al acestora.

În baza DP S1, asiguratul beneficiază de asistență medicală în conformitate cu legislația de securitate socială din statul membru respectiv, ca și cum persoana ar fi asigurată în sistemul de securitate socială din acel stat.

Informații detaliate privind modalitatea de obținere a DP S1 pot fi solicitate direct casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul.

Documentul portabil S2 (DP S2) - document de deschidere de drepturi la tratament planificat

În cazul deplasării într-un alt stat membru pentru a beneficia de tratament medical planificat, este necesară **aprobarea prealabilă** a casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul.

Autorizarea presupune eliberarea de către casa de asigurări de sănătate a DP S2, care înlocuiește formularul european E112.

În baza DP S2 asiguratul beneficiază în statul membru de ședere de asistență medicală planificată, acordată în conformitate cu legislația de securitate socială din statul membru respectiv, ca și cum ar fi asigurat în sistemul de securitate socială din acest stat.

Atenție!

- Autorizația se acordă în cazul în care **tratamentul respectiv este cuprins în pachetul de servicii de bază** reglementat de legislația din România și în situația în care respectivului asigurat nu i se poate acorda un astfel de tratament într-un termen justificat din punct de vedere medical, avându-se în vedere starea de sănătate și evoluția probabilă a bolii.
- DP S2 nu acoperă cheltuielile legate de transport, cazare și eventualele coplăți existente în statul membru de tratament conform legislației pe care acesta o aplică.
- DP S2 poate fi acceptat doar de către unitățile sanitare din sistemele de securitate socială ale statelor membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit la Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Informații detaliate privind modalitatea de obținere DP S2 pot fi solicitate direct casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul.

Cheltuieli medicale în alte țări

