

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MARAMUREȘ

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

Ghid practic pentru accesarea serviciilor medicale

DREPTURI

OBLIGAȚII

PACHET MINIMAL

EDIȚIA 2026

Material actualizat la 23 august 2026

Document de informare publică

La ce folosește acest ghid

Acest ghid explică, într-o ordine practică, drepturile pacientului, drepturile și obligațiile persoanei asigurate, serviciile din pachetul de bază și protecția acordată persoanei neasigurate prin pachetul minimal și prin programele naționale de sănătate.

Îl poți citi în întregime sau îl poți folosi ca instrument de consultare: fiecare secțiune răspunde unei întrebări practice, iar trimerile interne te duc direct la pagina potrivită. Regulile prezentate sunt cele aplicabile la data actualizării; pentru situația ta concretă, verifică întotdeauna condițiile împreună cu medicul de familie, cu furnizorul de servicii medicale sau cu CAS Maramureș.

CUM GĂSEȘTI RAPID INFORMAȚIA DE CARE AI NEVOIE

- **Vrei să înțelegi cum funcționează sistemul** — începe cu [Orientare rapidă](#), pag. 3.
- **Cauți un drept anume** — mergi la [Partea I · Drepturile](#), pag. 7.
- **Vrei să știi ce obligații îți revin** — mergi la [Partea II · Obligațiile](#), pag. 26.
- **Ai o situație concretă de rezolvat** — folosește [Partea III · Trasee practice](#), pag. 31.
- **Nu înțelegi un termen sau cauți instituția** — vezi [Glosarul](#), pag. 38 și datele de contact, pag. 39.

”

Drepturile în sănătate nu trebuie ghicite, iar accesul la servicii nu poate depinde de capacitatea unui om de a descifra proceduri. Când informația este clară, asiguratul știe ce i se cuvine, ce are de făcut și unde să ceară sprijin. Claritatea este primul pas către un acces real la îngrijire.”

Adrian Mădăras, Director General al Casei de Asigurări de Sănătate Maramureș

ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Nu amâna solicitarea ajutorului pentru a căuta documente. Apelează 112 sau prezintă-te la structura de urgență. Evaluarea și serviciile necesare rezolvării urgenței nu sunt condiționate de card, de bilet de trimitere ori de dovada prealabilă a calității de asigurat.



Ec. Adrian MĂDĂRAS
DIRECTOR GENERAL
Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș
Data: 24.08.2026 09:40:50
Nr. înregistrare: 10102/23.08.2026
Certificat: Madaras Adrian-Emanuel-Ioan

Pacient, asigurat și persoană neasigurată

Accesul la servicii pornește de la statutul tău din acel moment. Cele trei situații de mai jos deschid pachete de servicii diferite, dar niciuna nu îngreășește drepturile fundamentale ale pacientului.

PACIENT

Orice persoană care solicită sau primește îngrijiri medicale. Beneficiază de drepturile privind respectul, informarea, consimțământul, confidențialitatea și asistența medicală de urgență.

PERSOANĂ ASIGURATĂ

Are, în plus, acces la **pachetul de servicii de bază**, în condițiile de acordare și de decontare aplicabile fiecărui serviciu.

PERSOANĂ NEASIGURATĂ

Beneficiază de **pachetul minimal**: prevenție, medicină de familie, urgență, sarcină și lăuzie, boli cu potențial endemoepidemic, anumite servicii dentare și trasee speciale.

Cum verifici și cum dovedești calitatea de asigurat

VERIFICAREA

Calitatea de asigurat poate fi **verificată electronic de furnizor** la fiecare prezentare. Cardul nu este singura dovadă a statutului tău.

DOCUMENTELE

După situație, calitatea se dovedește prin **cardul național de sănătate** sau prin **documentul înlocuitor** — inclusiv în perioada de emiteră a unui duplicat.

PROTEJEAZĂ-ȚI DATELE

Cardul este **personal și netransmisibil**. Se prezintă numai pentru validarea serviciului: nu îl lăsa la cabinet, farmacie, laborator, spital sau la furnizorul de dispozitive și nu comunica nimănui codul PIN.

EXCEPȚIE

Pentru urgență, naștere, serviciile din pachetul minimal și celelalte situații exceptate, utilizarea cardului **nu este o condiție de acces**.

Pachetul de bază și pachetul minimal

ELEMENT	PACHETUL DE BAZĂ	PACHETUL MINIMAL
Beneficiar	Persoana care are calitatea de asigurat	Persoana care nu poate dovedi calitatea de asigurat
Întindere	Prevenție, consultații, investigații, tratament ambulatoriu și spitalicesc, medicamente, dispozitive, reabilitare, îngrijiri la domiciliu și alte servicii incluse	Servicii determinate de medicină de familie, prevenție, urgențe, boli transmisibile, sarcină și lăuzie, servicii dentare și trasee speciale
Medicamente și investigații	Pot fi decontate integral sau cu contribuție personală, dacă sunt prescrise și acordate în condițiile aplicabile	În afara excepțiilor prevăzute, sunt plătite de persoană
Furnizor	Trebuie să fie contractat pentru serviciul solicitat	Trebuie să acorde serviciul respectiv din pachetul minimal
Card de sănătate	Se utilizează pentru validarea serviciilor, cu excepțiile aplicabile	Nu este necesar pentru serviciile din pachetul minimal

DE REȚINUT

Pachetul minimal **nu este echivalentul pachetului de bază**. Conținutul unui pachet nu înseamnă că orice serviciu solicitat este decontat automat: în situația concretă se verifică statutul persoanei, indicația medicală, tipul serviciului, documentele necesare și relația contractuală a furnizorului cu o casă de asigurări de sănătate.

DECONTAT NU ÎNSEAMNĂ ÎNTOTDEAUNA FĂRĂ PLATĂ

Pot exista coplată, contribuție la prețul medicamentului sau al dispozitivului, contribuție pentru sanatoriul balnear, cost pentru confort superior ori contribuție personală acceptată în scris la un spital privat. Orice plată trebuie explicată înainte și documentată fiscal.

Cele cinci verificări care decid decontarea

Pentru ca un serviciu să fie suportat din fondul asigurărilor de sănătate, condițiile de mai jos trebuie îndeplinite **împreună**.

- 1 Serviciul este **inclus în pachetul aplicabil** persoanei.
- 2 Există **indicație medicală** și sunt îndeplinite criteriile de acordare.
- 3 Furnizorul are **contract pentru serviciul solicitat**.
- 4 Este urmat **traseul corect**, cu documentele necesare.
- 5 Documentele sunt **valabile**, iar serviciul este acordat **în limitele aplicabile**.

ATENȚIE LA CONTRACT

Faptul că un cabinet, laborator sau spital are contract cu o casă de asigurări **nu înseamnă că are contract pentru orice serviciu**. Verificarea se face pentru serviciul concret solicitat.

De unde începi

PROBLEMĂ CARE NU ESTE URGENTĂ

Punctul obișnuit de pornire este **medicul de familie**: evaluează problema, acordă serviciile din competența sa și emite, la nevoie, documentele pentru specialitate, investigații, internare, tratament, reabilitare, îngrijiri la domiciliu sau dispozitive.

URGENȚĂ

Apelezi **112** sau te prezinți la structura de urgență, indiferent dacă ești asigurat. Cardul și biletul nu se cer în prealabil. După încetarea urgenței, continuarea serviciilor planificate urmează pachetul aplicabil.

PREVENȚIE

Se adresează și persoanei **fără simptome**: consultațiile preventive pot identifica riscuri și permit recomandarea investigațiilor incluse, atât în pachetul de bază, cât și în cel minimal.

De la nevoie la serviciu

NEVOIA TA	PUNCTUL DE INTRARE	DOCUMENTUL UZUAL
Simptome noi, problemă obișnuită	Medicul de familie	Programare la cabinet; card la validare
Consultație de specialitate	Ambulatoriul clinic contractat	Bilet de trimitere, de regulă
Analize sau imagistică	Laborator / centru de imagistică contractat pentru investigația respectivă	Bilet pentru investigații paraclinice + programare
Medicamente	Farmacie aflată în contract	Prescripție medicală electronică
Dispozitiv medical	CAS Maramureș, apoi furnizorul contractat ales	Prescripție + decizia casei de asigurări
Urgență medicală	112 sau structura de urgență	Fără document prealabil, fără card, fără bilet

Ai nevoie de bilet de trimitere la specialist?

REGULA

Consultația în ambulatoriul clinic se acordă, de regulă, **pe baza unui bilet de trimitere valabil**, emis de medicul de familie sau de un alt medic din sistem.

FĂRĂ BILET — ACCES DIRECT

Urgențe; planificare familială; supravegherea sarcinii și lăuziei; boli cu potențial endemoepidemic; afecțiunile cu acces direct stabilite prin norme.

Între afecțiunile cu acces direct pot intra: oncologia și oncohematologia, diabetul, tuberculoza, HIV/SIDA, hepatitele virale cronice, boala renală cu dializă, hemofilia și alte coagulopatii, scleroza multiplă, epilepsia, boala Parkinson, poliartrita reumatoidă, psoriazisul sever, glaucomul, starea posttransplant și anumite stări postoperatorii.

Accesul direct este valabil pentru serviciile și diagnosticele stabilite, nu pentru orice consultație la aceeași specialitate.

DREPTURILE TALE

Drepturile oricărui pacient, drepturile persoanei asigurate, serviciile din pachetul de bază și protecția persoanei neasigurate — grupate tematic, cu condițiile, documentele și locul unde te adresezi.

Drepturile oricărui pacient	pag. 8
Drepturile persoanei asigurate	pag. 11
Pachetul de bază, pe tipuri de servicii	pag. 13
Drepturile persoanei neasigurate	pag. 23

Respect, nediscriminare și informare clară

Aceste drepturi îți aparțin **indiferent de statutul de asigurare**. Ele se aplică împreună cu regulile medicale privind urgența, consimțământul, siguranța și continuitatea îngrijirilor.

Respect, demnitate și nediscriminare

AI DREPTUL

- să fii tratat cu respect, fără discriminare;
- să nu fii selectat pentru un tratament disponibil în număr limitat pe alte criterii decât cele medicale;
- să pui întrebări și să formulezi sesizări fără ca acest lucru să afecteze calitatea îngrijirii.
- să primești îngrijiri în raport cu nevoile medicale și resursele disponibile;
- să îți fie respectate viața privată, demnitatea și valorile personale;

Informare clară, înaintea deciziei medicale

Trebuie să primești, într-un limbaj pe care îl poți înțelege, informații despre:

- starea de sănătate, diagnosticul și prognosticul;
- beneficiile, riscurile și alternativele disponibile;
- identitatea și statutul profesional al personalului medical;
- investigațiile și tratamentele propuse;
- consecințele refuzului sau ale întreruperii tratamentului;
- serviciile disponibile, traseul de acces și costurile care îți revin.

DE REȚINUT

Poți cere ca explicațiile să fie **reluate sau formulate mai simplu**. Informația trebuie oferită **înaintea consimțământului și înaintea oricărei plăți**.

Decizia îți aparține: orientare, a doua opinie, consimțământ

Orientare și programare pentru etapa următoare

Când stabilirea diagnosticului cere o altă consultație sau o investigație, ai dreptul să fii **direcționat și programat pentru etapa următoare** prin mecanismul organizat de unitatea medicală în care ai fost consultat.

Acest drept sprijină continuitatea traseului, dar **nu înlătură condițiile de decontare**: unitatea ține seama de indicația medicală, de specialitatea necesară, de existența unui furnizor contractat și de valabilitatea documentelor.

A doua opinie medicală

Orice pacient poate solicita o altă opinie medicală. Dacă ești asigurat, ai dreptul la **o a doua consultație decontată**, pe baza investigațiilor existente sau a unor investigații suplimentare, dacă acestea sunt justificate medical.

A doua opinie **nu te obligă să schimbi medicul** și nu anulează dreptul de a primi explicații de la medicul care a formulat prima recomandare.

Consimțământ, refuz și oprirea unei intervenții

Poți **accepta, refuza sau opri** o intervenție medicală după ce ai fost informat asupra consecințelor previzibile. Refuzul ori oprirea intervenției se consemnează în scris.

TRATAMENTUL ACCEPTAT

Obligația asiguratului de a respecta tratamentul privește **tratamentul acceptat**. Ea nu transformă intervenția medicală într-o obligație impusă împotriva voinței tale.

ÎN URGENȚĂ

Dacă pacientul nu își poate exprima voința, intervenția necesară **nu este amânată** pentru obținerea consimțământului reprezentantului legal.

UNDE TE ADRESEZI

Pentru orientare și programare — unității medicale care te-a consultat. Pentru a doua opinie — unui alt medic de specialitate, cu documentele medicale existente. Dacă întâmpini o problemă, vezi [pașii de la pag. 34](#).

Confidențialitate, documente medicale, continuitate

Confidențialitate și acces la documentele tale

Informațiile privind starea de sănătate, investigațiile, diagnosticul, prognosticul, tratamentul și identitatea pacientului sunt **confidențiale, inclusiv după deces**.

48 h

Termenul maxim în care unitatea sanitară eliberează **copii ale documentelor medicale**, la cererea ta scrisă.

LA EXTERNARE

Ai dreptul la un **rezumat scris** al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor primite.

O SINGURĂ DATĂ

La cerere, poți primi o **copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță**.

Continuitatea îngrijirilor, urgența și îngrijirea paliativă

Ai dreptul la **continuitatea îngrijirilor** până la ameliorare sau vindecare, la asistență medicală și stomatologică de urgență și la îngrijiri paliative și terminale, în condițiile medicale și organizatorice aplicabile.

Continuitatea presupune transmiterea informațiilor medicale necesare, **documente corecte la externare** și indicații clare pentru perioada următoare.

Protecție împotriva plăților informale

Personalul medical sau nemedical **nu poate exercita presiuni** pentru a obține recompense în afara plăților legale. O donație poate fi făcută unității sanitare în care ai fost îngrijit, cu respectarea regulilor aplicabile — **nu angajaților acesteia**.

REGULA ORICĂREI PLĂȚI

Orice plată datorată trebuie **explicată, tarifată și documentată fiscal** — înainte de acordarea serviciului. Pașii concreți: pag. 35.

Dreptul tău, pe scurt: ce înseamnă și unde te adresezi

DREPTUL TĂU	CE ÎNSEAMNĂ PENTRU TINE	UNDE TE ADRESEZI
Alegerea casei și a furnizorului	Alegi casa de asigurări și furnizorul contractat, în condițiile aplicabile	Casa de asigurări; furnizorul ales
Medicul de familie	Te înscrii la medicul ales și îl poți schimba, de regulă, după cel puțin 6 luni	Cabinetul medicului de familie
Pachetul de bază, fără discriminare	Prevenție, consultații, investigații, tratament, reabilitare, medicamente, dispozitive și îngrijiri la domiciliu, când sunt îndeplinite condițiile de acordare	Furnizorii aflați în contract
A doua opinie decontată	O a doua consultație decontată, pe baza investigațiilor existente sau a unora suplimentare justificate medical	Un alt medic de specialitate
Rambursare de la spitalul public	Pentru produse ori investigații pe care spitalul trebuia să le asigure în internare, cumpărate la indicația consemnată a medicului curant	Spitalul, potrivit procedurii unității
Informare anuală	Primești, cel puțin o dată pe an, informații despre drepturi, servicii și modul de accesare	CAS Maramureș
Lista serviciilor decontate	O dată pe an, lista serviciilor, medicamentelor și dispozitivelor decontate în anul precedent; răspuns în cel mult 45 de zile	CAS Maramureș, prin cerere
Însoțitor decontat	Servicii hoteliere pentru însoțitorul copilului internat de până la 3 ani și pentru însoțitorul persoanei cu handicap grav, dacă medicul consideră necesar	Spitalul, la internare
Pentru însoțitorul copilului mai mare de 3 ani internat într-un spital public, tariful nu poate depăși dublul alocației de hrană corespunzătoare secției.		

Medicul de familie și cardul tău de sănătate

Alegerea și schimbarea medicului de familie

Te înscrii la medicul de familie ales. Schimbarea se face, de regulă, **după cel puțin 6 luni** de la înscriere. Înainte de acest termen, schimbarea este posibilă în situații determinate: decesul medicului, încetarea sau suspendarea contractului acestuia, preluarea activității ori schimbarea domiciliului dintr-o localitate în alta.

1

Alegi noul medic de familie și te asiguri că lista sa este deschisă înscrierilor.

2

Depui **cererea de transfer la noul medic** — nu este nevoie de acordul celui vechi.

3

Medicii implicați își transmit **copia fișei medicale**; tu nu transporti dosarul original.

Persoana neasigurată se poate înscrie și ea pe lista unui medic de familie, fără card — vezi [pag. 23](#).

Cardul național: pierdere, deteriorare, refuz

Dacă un card este **pierdut sau deteriorat**, soliciți un duplicat casei de asigurări în evidența căreia te afli. Până la emiterea noului card, serviciile se accesează pe baza **documentului înlocuitor** eliberat pentru această perioadă. Pentru persoanele fără card, pentru cele care îl refuză din motive religioase sau de conștiință ori pentru copiii sub 18 ani se folosesc documentele și procedurile înlocuitoare aplicabile.

CARDUL SE FOLOSEȘTE

Numai pentru **validarea serviciilor** acordate, la furnizorii aflați în contract, în situațiile în care validarea este obligatorie.

CARDUL NU SE FOLOSEȘTE

Pentru urgență, naștere, serviciile din pachetul minimal și celelalte situații exceptate — accesul **nu poate fi condiționat** de prezentarea lui.

Asistența medicală primară

Medicul de familie este primul punct de acces pentru prevenție, evaluarea problemelor acute, supravegherea bolilor cronice și orientarea către celelalte servicii. Consultațiile se pot acorda la cabinet, la domiciliu și, în situațiile prevăzute, la distanță.

SITUAȚIA	LIMITA PRINCIPALĂ
Urgență medico-chirurgicală	O consultație pentru fiecare situație constatată
Afecțiune acută, subacută sau acutizarea unei boli cronice	Cel mult două consultații pentru același episod
Monitorizarea generală a bolilor cronice	O consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice
Management integrat al riscului cardiovascular și al unor boli cronice	Caz nou: până la trei consultații în maximum 3 luni; monitorizare: două consultații în maximum 3 luni; o nouă monitorizare poate începe după 6 luni de la a doua consultație anterioară

Managementul integrat poate urmări riscul cardiovascular, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, astmul, boala pulmonară obstructivă cronică și boala cronică de rinichi.

CONSULTAȚIA LA DOMICILIU

- persoanei care nu se poate deplasa din cauza bolii sau invalidității;
- copilului de până la un an;
- copilului cu boală infectocontagioasă;
- lăuzei.

DOCUMENTE PE CARE LE POATE ELIBERA

- bilete pentru consultații, investigații sau internare;
- prescripții medicale;
- recomandări pentru reabilitare, îngrijiri la domiciliu ori paliative;
- recomandări pentru anumite dispozitive medicale;
- certificate și alte documente prevăzute pentru situația ta.

Prevenția: consultațiile care ți se cuvin

PERSOANA	CONSULTAȚIILE PREVENTIVE
Copilul de la naștere la 3 ani	La externarea din maternitate și la 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 de luni
Copilul între 4 și 18 ani	O consultație în fiecare an
Adultul între 18 și 39 de ani, fără simptome	Maximum două consultații pe an
Adultul de 40 de ani și peste, fără boli cronice în evidență	Una până la trei consultații pe an, într-un interval de maximum 6 luni
Persoana de peste 40 de ani aflată în evidență cu boli cronice	Maximum două consultații pe an pentru depistarea altor afecțiuni

ANALIZE PREVENTIVE PENTRU COPII

Copilul între 2 și 18 ani poate primi **anual** analize preventive corespunzătoare vârstei și sexului, dacă medicul le consideră necesare și nu au fost efectuate deja în anul respectiv.

În funcție de vârstă, sex și riscurile identificate, medicul poate recomanda investigații precum hemoleucogramă, glicemie, profil lipidic, evaluarea funcției renale, transaminaze, test HPV, test pentru hemoragii oculte în materiile fecale, mamografie, ecografie mamară sau PSA. Investigațiile se acordă **pe documentul dedicat prevenției** și potrivit indicației medicale.

Sarcina și lăuzia

TRIMESTRUL I

Gravida este luată în evidență.

LUNILE 3–7

Supraveghere **lunară**.

LUNILE 7–9

Supraveghere de **două ori pe lună**, inclusiv luna a noua.

LĂUZIA

Urmărire la externarea din maternitate și la **4 săptămâni** după naștere.

Ambulatoriul clinic de specialitate

Consultația se acordă, de regulă, pe baza unui **bilet de trimitere valabil** (situațiile de acces direct: pag. 6). Medicul specialist poate stabili diagnosticul și tratamentul, poate emite prescripții, trimiteri, recomandări pentru internare, dispozitive ori îngrijiri la domiciliu și poate efectua procedurile incluse în serviciul contractat.

SITUAȚIA	LIMITA PRINCIPALĂ
Episod acut sau subacut	Maximum trei consultații pe același bilet, în cel mult 60 de zile de la prima consultație
Boală cronică	Maximum patru consultații pe trimestru, fără a depăși două pe lună, pe același bilet
După externare	Maximum două consultații fără alt bilet, pentru diagnosticul confirmat și urmărirea indicată la externare
Management de caz	Maximum două consultații pe semestru
Îngrijiri paliative în ambulatoriu	Maximum șase consultații pe trimestru, fără a depăși trei pe lună
Planificare familială	Patru consultații pe an, cu prezentare directă
Sarcină și lăuzie	O consultație în fiecare trimestru de sarcină și una în primul trimestru după naștere

CONSULTAȚII LA DISTANȚĂ

Pentru boli cronice și boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare se pot acorda consultații la distanță, în situațiile permise. Cardul nu se utilizează la aceste consultații.

SERVICII CONEXE

În funcție de diagnostic și de traseul medical, poți beneficia de servicii furnizate de psiholog, psihoterapeut, logoped sau fizioterapeut. Pacientul oncologic poate primi servicii de psihooncologie.

Analize, imagistică și medicină nucleară

Pachetul de bază poate cuprinde analize de laborator, microbiologie, anatomie patologică, radiologie, ecografie, CT, RMN, scintigrafie, angiografie și explorări funcționale — dacă sunt **recomandate medical** și efectuate la un furnizor **contractat** pentru investigația respectivă.

SITUAȚIA	VALABILITATEA BILETULUI
Regula generală	30 de zile
Boli cronice, management de caz și examinări histopatologice, citologice sau imunohistochimice	Până la 90 de zile
CT, RMN, scintigrafie și angiografie	90 de zile
Investigații recomandate în cadrul consultațiilor preventive	Până la 60 de zile

PROGRAMAREA

Dacă investigația nu poate fi efectuată la prezentare, furnizorul te programează **în perioada de valabilitate a biletului** și înscrie data programării. Dacă nu accepți programarea, biletul îți este **restituit**, ca să poți alege alt furnizor.

CE NU POATE FACE LABORATORUL

Laboratorul **nu poate înlocui și nu poate adăuga** investigații pe biletul de trimitere. Se efectuează exact investigațiile recomandate de medic.

INVESTIGAȚIILE MARCATE „MONITOR”

Pentru monitorizarea afecțiunilor oncologice, investigațiile paraclinice se efectuează în **maximum 5 zile lucrătoare** de la solicitare.

În același termen se efectuează, **o singură dată pe an**, o investigație de înaltă performanță recomandată pe bilet „Monitor” — CT, RMN, scintigrafie sau angiografie — pentru diabet zaharat, boli rare, cardiovasculare, cerebrovasculare, neurologice și boală cronică de rinichi. Celelalte investigații de monitorizare urmează programarea și valoarea contractată cu furnizorul.

Medicina dentară

Consultația cuprinde evaluarea stării de sănătate orală, controlul oncologic stomatologic și planul de tratament. Se decontează integral **o dată la 12 luni pentru adult și o dată la 6 luni pentru copil**.

COPII ȘI TINERI — DECONTARE INTEGRALĂ

Pentru copiii până la 18 ani, serviciile prevăzute în pachet se decontează integral: tratamente, extracții, sigilări, fluorizare între 6 și 14 ani și servicii ortodontice, în condițiile aplicabile.

Tinerii între 18 și 26 de ani, aflați într-o formă de învățământ eligibilă și fără venituri din muncă, beneficiază de decontare integrală și pentru serviciile decontate parțial celorlalți adulți.

ADULȚI — INTEGRAL SAU, DE REGULĂ, 60%

Integral: consultația, tratamentul cariei simple, urgențele dentare incluse, anumite tratamente parodontale, reducerea luxației temporo-mandibulare, proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă o dată la 4 ani, două reparații și două căptușiri ale protezei pe an, un detartraj cu periaj profesional pe an.

De regulă 60%: tratamentele pulpare, tratamentul gangrenei, extracțiile și anumite elemente protetice.

ÎNTREABĂ ÎNAINTE DE TRATAMENT

Serviciile se acordă **în limita valorii contractate** cu cabinetul. Înaintea tratamentului ai dreptul să afli ce serviciu este contractat, ce parte se decontează și **ce sumă îți revine**. Plata se face numai cu document fiscal.

Radiografiile și examinările CBCT pot fi decontate separat, dacă sunt indicate și efectuate la un furnizor contractat pentru servicii paraclinice.

Serviciile spitalicești

Spitalizarea de zi durează, de regulă, între 2 și 12 ore pentru fiecare vizită; **spitalizarea continuă** depășește, ca regulă, 12 ore. Serviciul decontat include consultațiile, investigațiile, diagnosticul, tratamentul medical sau chirurgical, îngrijirea, recuperarea, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele utilizate, cazarea standard și hrana.

BILETUL DE INTERNARE NU ESTE NECESAR PENTRU

- urgență;
- boală cu potențial endemoepidemic care necesită izolare;
- revenirea indicată la externare;
- hemofilie;
- naștere;
- transfer între unități;
- anumite servicii de spitalizare de zi;
- pacientul cu diagnostic oncologic confirmat, inclus în programul național.

TIPUL PLĂȚII	REGULA PRINCIPALĂ
Coplată	Între 5 și 10 lei pentru un episod de spitalizare continuă, dacă persoana și internarea nu sunt scutite
Confort hotelier superior	Numai la cererea pacientului; cel mult 300 de lei pe zi; ziua externării nu se taxează
Contribuție personală la un spital privat contractat	Pentru anumite internări continue în secții de acuți, numai pe baza unui deviz estimativ (valabil 5 zile lucrătoare) și după acceptarea în scris; dacă evoluția cazului modifică devizul, este necesar un nou acord scris; la externare primești decontul

PROTECȚIA TA ÎN SPITALUL PUBLIC

Spitalul public contractat **nu poate cere alte plăți** pentru serviciile spitalicești acoperite, în afara coplății și a confortului superior solicitat de tine. Dacă, la indicația consemnată a medicului curant, cumperi medicamente, materiale sau investigații pe care spitalul trebuia să le asigure, poți cere **rambursarea**: păstrează recomandarea, factura, bonul fiscal și dovada plății.

Scutiri de coplată pot avea, în condițiile aplicabile: copiii, anumiți tineri între 18 și 26 de ani aflați în învățământ, pacienții programelor naționale pentru afecțiunea de bază dacă nu realizează venituri, pensionarii care îndeplinesc plafonul de venit stabilit, gravidele și lăuzele, victimele traficului de persoane, anumite persoane private de libertate fără venituri și donatorii compatibili de celule stem hematopoietice fără venituri, pentru serviciile legate de donare.

Reabilitare, sanatorii și transport sanitar

Medicină fizică și de reabilitare, în ambulatoriu

- procedurile se acordă pe baza **planului** întocmit de medicul de medicină fizică și de reabilitare;
- maximum **21 de zile pe an**, în cel mult două serii;
- planul este valabil **cel mult 90 de zile**;
- maximum **patru proceduri pe zi**;
- maximum **42 de zile pe an**, în cel mult patru serii, pentru afecțiunile și situațiile speciale prevăzute;
- coplata este între **5 și 10 lei pentru întreaga serie**, dacă persoana nu este scutită.

Acupunctură: se decontează maximum două cure pe an; o cură are, în medie, 10 zile și poate cuprinde patru proceduri pe zi.

Sanatorii și prevenitorii

SANATORIUL BALNEAR

Se decontează între **14 și 21 de zile pe an**, în maximum două perioade, cu cel puțin patru proceduri pe zi, minimum 5 zile pe săptămână. Contribuția este de **52 de lei pe zi**, dacă nu se aplică o excepție.

ALTE SANATORII ȘI PREVENTORII

În sanatoriile altele decât cele balneare și în prevenitorii **nu se percepe** această contribuție.

Urgențe la domiciliu și transport sanitar neasistat

Pachetul include consultații de urgență la domiciliu pentru cazurile încadrate la **cod verde** și transporturi medicale pentru situații determinate, între care:

- transportul pacientului necritic la unitatea sanitară, dacă problema nu poate fi rezolvată la domiciliu;
- transportul pentru talasemie și dializă pediatrică;
- transportul persoanelor imobilizate la pat, pentru consultații, analize și anumite tratamente;
- transportul la externare al persoanei netransportabile;
- transportul pentru internarea în unități de recuperare;
- transporturile necesare pacientului oncologic sau persoanei cu suspiciune oncologică netransportabile — consultații, investigații, chimioterapie, radioterapie, externare.

Serviciile se solicită prin **112** și se acordă în funcție de evaluarea dispeceratului medical. Solicitarea nu generează automat dreptul la transport; eligibilitatea rezultă din **triaj și indicația medicală**.

Îngrijiri medicale și paliative la domiciliu

Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă asiguratului cu **dependență funcțională severă** (status ECOG 3 sau 4 — persoana este imobilizată ori dependentă de sprijin pentru activitățile zilnice), la recomandarea medicului de familie, a specialistului din ambulatoriu ori a medicului din spital, la externare.

15 → 30 zile

Un episod de **îngrijiri medicale** are, de regulă, cel mult 15 zile; poate ajunge la 30 de zile cu justificare medicală.

30 zile

Durata maximă a unui episod de **îngrijiri paliative** la domiciliu.

90 + 90

În ultimele 11 luni: până la 90 de zile de îngrijiri medicale și 90 de zile de îngrijiri paliative.

Pentru **copilul sub 18 ani și pacientul oncologic**: până la 180 de zile pentru fiecare categorie, fără ca totalul îngrijirilor medicale și paliative să depășească **300 de zile** în ultimele 11 luni.

Termenele recomandării

1

Medicul emite **recomandarea** de îngrijiri medicale sau paliative.

2

O prezinți casei de asigurări și furnizorului în **maximum 10 zile lucrătoare** de la emitere; se depune la un singur furnizor, în ziua începerii serviciilor.

3

Recomandarea este valabilă **30 de zile** (îngrijiri medicale) sau **60 de zile** (îngrijiri paliative).

Serviciile se acordă **și în weekend ori în zilele de sărbătoare legală**, potrivit planului de îngrijire. Dacă recomandarea a fost emisă la externare, se atașează copia scrisorii medicale sau a biletului de externare. Cardul se utilizează în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

Medicamentele

Medicamentele se acordă pe **prescripție electronică**, cu sau fără contribuție personală, în funcție de lista în care sunt incluse, de prețul de referință, de indicația aprobată și de protocolul terapeutic.

SITUAȚIA	PERIOADA PRESCRISĂ	VALABILITATEA PRESCRIPTIEI
Boală acută	Maximum 7 zile	48 de ore
Boală subacută	Între 8 și 10 zile	48 de ore
Boală cronică	30–31 de zile	30 de zile
Boală cronică stabilizată	Până la 90/91/92 de zile	Până la 92 de zile, cu posibilitatea eliberării fracționate

DACĂ MEDICAMENTUL CEL MAI IEFTIN LIPSEȘTE

Poți depune la farmacie o **cerere scrisă sau prin e-mail**. Farmacia face demersurile de aprovizionare în **24 de ore** pentru boli acute și subacute și în **48 de ore** pentru boli cronice.

PRODUS MAI SCUMP DECÂT PREȚUL DE REFERINȚĂ

Este necesar **acordul scris** al persoanei care îl ridică; diferența de preț este suportată de aceasta. Întreabă **înainte de eliberare** ce diferență îți revine.

LA FARMACIE

Prezinți cardul când ridici personal medicamentele. Dacă le ridică reprezentantul legal sau o persoană împuternicită, se utilizează cardul ori actul de identitate al persoanei care le ridică, după situație. Verifică valabilitatea prescripției înainte de drum.

Dispozitivele medicale și programele naționale

În funcție de indicația medicală, pot fi decontate proteze auditive, proteze și orteze, dispozitive de mers, încălțăminte ortopedică, dispozitive pentru stomă sau incontinență, fotolii rulante, proteze mamare, dispozitive de compresie, echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație, CPAP/BPAP, dispozitive de asistare a tusei și anumite dispozitive pentru corectarea deficiențelor de vedere.

1

Medicul cu drept de prescriere emite **recomandarea**.

2

Depui **cererea la casa de asigurări**, în cel mult 30 de zile de la emiterea prescripției.

3

Casa comunică **decizia**; respingerea trebuie motivată în scris. Decizia este valabilă, ca regulă, 30 de zile.

4

Alegi un **furnizor contractat**; medicul nu poate nominaliza furnizorul în prescripție.

Dacă fondul lunar este depășit, se poate constitui o listă de prioritate. Dacă produsul ales costă mai mult decât prețul de referință, plătești diferența.

În perioada de garanție, furnizorul repară deficiențele care nu îți sunt imputabile sau înlocuiește dispozitivul. Pentru anumite dispozitive se depune o declarație pe propria răspundere privind cauza deficienței.

Programele naționale de sănătate

Asiguratul înscris într-un program național beneficiază de serviciile, medicamentele, materialele și dispozitivele programului și **păstrează accesul la întregul pachet de bază**. Programele curative vizează, între altele: bolile cardiovasculare, oncologia, protezele auditive implantabile, diabetul zaharat, bolile neurologice, hemofilia și talasemia, bolile rare, sănătatea mintală, bolile endocrine, ortopedia, transplantul, suplerea funcției renale, terapia intensivă a insuficienței hepatice, diagnosticul cu aparatură de înaltă performanță, PET-CT și endometrioza.

Înscrierea într-un program nu este automată: trebuie îndeplinite criteriile medicale, iar cererea se adresează unui furnizor care derulează programul.

Ești neasigurat? Pachetul minimal te protejează

Înscrierea la medicul de familie

Persoana neasigurată **se poate și trebuie să se înscrie** pe lista unui medic de familie, pentru a primi serviciile de asistență medicală primară din pachetul minimal. Înscrierea sau reînscrierea se face **prin cerere, la medicul ales, fără card de sănătate**. Transferul la alt medic se solicită noului medic; schimbarea se face, de regulă, după 6 luni, cu excepțiile aplicabile.

Medicul de familie **nu poate condiționa înscrierea** persoanei neasigurate de plata unei consultații incluse în pachetul minimal.

Reguli de acces pentru pachetul minimal

- **nu se utilizează cardul** de sănătate;
- biletul de trimitere se folosește numai când traseul serviciului îl cere;
- urgența, nașterea și celelalte situații de acces direct nu sunt condiționate de bilet;
- consultația inclusă nu înseamnă că toate investigațiile, medicamentele sau serviciile recomandate ulterior sunt decontate;
- furnizorul trebuie să te informeze **înaintea** unui serviciu care urmează să fie plătit.

Ce primești la medicul de familie

- intervenții de primă necesitate pentru urgențele rezolvabile la cabinet;
- o consultație pe lună pentru bolile cronice;
- prevenția copilului și a adultului fără simptome;
- evaluarea altor riscuri la persoana cu boli cronice;
- planificare familială;
- consultații la domiciliu pentru persoanele nedeplasabile, copiii mici, copiii cu boli infectocontagioase și lăuze;
- maximum două consultații pentru un episod acut, subacut sau o acutizare;
- managementul integrat al riscului cardiovascular și al unor boli cronice;
- supravegherea sarcinii și lăuziei;
- depistarea riscului de diabet și boală cronică de rinichi;
- depistarea bolilor cu potențial endemoepidemic;
- manevrele diagnostice și terapeutice incluse; tratament direct observat pentru tuberculoză.

Se decontează **o singură consultație pe zi** pentru aceeași persoană neasigurată. Medicul poate elibera documentele necesare serviciilor incluse, documente pentru încadrarea în grad de handicap, certificatul constatator de deces, precum și bilete pentru investigații preventive, confirmarea unei suspiciuni de cancer, testarea pentru virusurile hepatitice B și C și testarea HIV la gravidă.

Specialist, investigații și medicină dentară

Te poți prezenta direct la specialist pentru

URGENȚĂ

O consultație pentru fiecare situație de urgență medico-chirurgicală.

BOLI TRANSMISIBILE

O consultație pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată sau confirmată.

SARCINĂ ȘI LĂUZIE

O consultație în fiecare trimestru de sarcină și una în primul trimestru după naștere.

Traseul pentru suspiciunea de cancer

Pe baza biletului specific emis de medicul de familie sau de medicul specialist, poți beneficia de:

- maximum două consultații de specialitate pe trimestru;
- procedurile diagnostice necesare;
- servicii medicale de diagnostic-caz;
- trimitere către alte specialități, investigații sau spitalizare de zi necesare confirmării.

A doua consultație solicitată de medicul specialist se acordă **direct, fără un bilet nou**. Tratamentul prescris, dispozitivele și serviciile care nu fac parte din traseul de confirmare sunt plătite de persoană, dacă nu există un alt temei de decontare.

INVESTIGAȚII DECONTATE

Pachetul minimal nu oferă acces general la analize și imagistică. Sunt suportate, pe traseul aplicabil:

- investigațiile recomandate în consultațiile preventive;
- investigațiile pentru confirmarea suspiciunii oncologice;
- testarea pentru virusurile hepatitice B și C;
- testarea HIV la gravidă.

Celelalte investigații recomandate sunt plătite de persoană.

MEDICINA DENTARĂ — DECONTATE INTEGRAL

- consultația: o dată la 12 luni pentru adult, o dată la 6 luni pentru copil;
- tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare;
- pansamentul calmant sau drenajul endodontic;
- incizia cu anestezie pentru anumite infecții; tratamentul unor afecțiuni parodontale acute;
- chiuretajul alveolar și tratamentul hemoragiei, în situațiile incluse;
- reducerea luxației temporo-mandibulare; o reparație și o căptușire a protezei pe an.

Radiografiile, examinările CBCT și tratamentul prescris sunt plătite integral de persoana neasigurată.

Spitalul, limitele pachetului minimal și programele

Serviciile spitalicești, fără bilet de internare

- spitalizare continuă pentru urgența care pune sau poate pune viața în pericol, până la rezolvarea urgenței;
- servicii pentru naștere;
- serviciile de spitalizare de zi incluse pentru urgențe și boli transmisibile;
- tratamentul bolii cu potențial endemoepidemic, până la rezolvarea completă;
- spitalizare de zi pentru confirmarea unei suspiciuni oncologice, pe baza biletului specific;
- pe durata internării acoperite: serviciile medicale necesare și alocația de hrană.

Spitalul stabilește momentul în care urgența s-a încheiat. Dacă solicitați continuarea internării după acel moment, iar serviciile nu mai sunt incluse în pachetul minimal sau într-un traseu special, suportați costul perioadei suplimentare, **după ce ai fost informat**. Pentru urgențe la domiciliu și transport se apelează 112; acordarea depinde de triajul dispeceratului medical.

CE NU CUPRINDE, CA REGULĂ, PACHETUL MINIMAL

Acces general la consultații de specialitate pentru bolile obișnuite · medicamente compensate · dispozitive medicale · medicină fizică și reabilitare · servicii în sanatorii · îngrijiri medicale și paliative la domiciliu · transporturile extinse acordate persoanelor asigurate.

Aceste servicii pot deveni accesibile prin dobândirea calității de asigurat sau printr-un traseu special al unui program național de sănătate.

Protecția prin programele naționale de sănătate

ONCOLOGIE

Lipsa asigurării **nu oprește traseul de confirmare** a cancerului. Persoana fără venituri diagnosticată cu cancer și inclusă în programul național **dobândește calitatea de asigurat** și beneficiază, până la vindecarea afecțiunii, de serviciile programului și de întregul pachet de bază.

HIV/SIDA ȘI TUBERCULOZĂ

Persoana neasigurată înscrisă în aceste programe beneficiază de serviciile programului și de **întregul pachet de bază** — pentru tuberculoză, până la vindecare.

CELELALTE PROGRAME

Persoana neasigurată primește serviciile, medicamentele, materialele și dispozitivele programului pentru afecțiunea înscrisă, consultațiile și spitalizările care stau la baza lor, plus serviciile din pachetul minimal.

Pentru consultațiile și serviciile spitalicești necesare programului, pacientul neasigurat se poate prezenta **direct la furnizorul care derulează programul**, fără bilet de trimitere, în situațiile stabilite pentru acel program.

OBLIGAȚIILE TALE

Obligațiile legale ale asiguratului sunt distincte de documentele și pașii administrativi ceruți pentru un anumit serviciu. Nerespectarea unei condiții procedurale poate împiedica decontarea acelui serviciu, dar nu înlătură drepturile fundamentale ale pacientului și nu poate bloca asistența medicală necesară într-o urgență.

Cele opt obligații ale asiguratului	pag. 27
Ce nu ți se poate impune	pag. 29
Efectele nerespectării obligațiilor	pag. 30

Evidența ta medicală și administrativă

Fiecare obligație are un rost practic: îți păstrează evidența corectă și traseul deschis către servicii. Niciuna nu este un scop în sine.

1 Să te înscrii pe lista unui medic de familie

Înscrierea permite păstrarea evidenței medicale, accesul la prevenție, monitorizarea bolilor și emiterea documentelor necesare continuării traseului. Se face prin cerere și, dacă a fost emis, prin utilizarea cardului; pentru persoanele fără card, cu duplicat solicitat, care refuză cardul din motive religioase sau de conștiință ori sub 18 ani se folosesc procedurile înlocuitoare.

2 Să îți informezi medicul despre schimbările stării de sănătate

Sunt utile informațiile corecte despre simptome, diagnostice cunoscute, tratamente în curs, alergii și reacții apărute, în măsura în care sunt necesare actului medical. Medicul poate adapta evaluarea și tratamentul numai pe baza a ceea ce cunoaște.

3 Să te prezinți la controalele preventive și periodice

Consultațiile stabilite pentru categoria ta urmăresc evaluarea riscurilor, depistarea timpurie a bolilor și monitorizarea afecțiunilor cronice. Absența simptomelor nu înlătură rolul consultației preventive; neprezentarea nu condiționează serviciile de urgență.

4 Să comunici modificările în cel mult 15 zile

Anunți **atât medicul de familie, cât și casa de asigurări** despre modificarea datelor de identitate și despre schimbarea situației care determină încadrarea într-o categorie de asigurat. Comunicarea către o singură instituție nu o înlocuiește pe cealaltă.

DE CE CONTEAZĂ

Actualizarea la timp previne neconcordanțele dintre actele tale, evidența medicului de familie și sistemul informatic al asigurărilor de sănătate — neconcordanțe care pot întârzia validarea serviciilor planificate.

Tratamentul, conduita și plățile datorate

5 Să respecti tratamentul și indicațiile acceptate

Administrarea diferită a medicamentelor, întreruperea neanunțată sau asocierea altor tratamente fără informarea medicului pot afecta evaluarea și rezultatul îngrijirii. Obligația nu anulează dreptul la consimțământ: poți cere explicații, o a doua opinie, poți refuza sau opri intervenția, cu consemnarea deciziei în scris.

6 Să păstrezi o conduită civilizată

Față de medici, asistenți, farmaciști, personalul serviciilor de ambulanță, celelalte persoane implicate și ceilalți pacienți. Obligația nu limitează dreptul de a cere explicații, de a contesta o plată, de a refuza o intervenție sau de a formula o sesizare — nemulțumirea se exprimă ferm și documentat, fără amenințări sau agresiuni.

7 Să achiziți sumele datorate

Contribuția de asigurări sociale de sănătate se achită potrivit situației fiscale: pentru unele persoane este reținută la sursă, iar alte categorii sunt asigurate fără plata contribuției sau în condiții speciale. După caz, mai poți datora:

coplata de 5–10 lei la spitalizarea continuă · contribuția pentru anumite servicii dentare · diferența de preț la medicament sau dispozitiv · 52 de lei pe zi la sanatoriul balnear · confortul hotelier solicitat, cel mult 300 de lei pe zi · contribuția personală acceptată în scris la un spital privat · costul serviciilor neincluse în pachet.

8 Să prezinți documentele care atestă calitatea de asigurat

Prezinți cardul național sau documentul înlocuitor atunci când serviciul trebuie validat astfel; furnizorul poate verifica electronic statutul. Neprezentarea, când utilizarea este obligatorie, poate face imposibilă decontarea serviciului planificat — regula nu se aplică urgenței, pachetului minimal și celorlalte situații exceptate.

REGULA DE AUR A PLĂȚILOR

O plată este datorată numai dacă **are un temei**, a fost **explicată înainte** și este **documentată fiscal**.

Ce nu ți se poate impune

La fel de important ca lista obligațiilor este ce **nu** poate fi cerut de la tine. Nu ai obligația:

CARDUL ȘI CODUL PIN

- ✗ să lași cardul la medic, farmacie, laborator, spital sau furnizorul de dispozitive;
- ✗ să comunici codul PIN personalului ori altei persoane;
- ✗ să prezinți cardul pentru urgență, pachetul minimal ori celelalte situații exceptate;
- ✗ să permiți validarea unui serviciu care nu a fost acordat.

CONSIMȚĂMÂNTUL ȘI TRATAMENTUL

- ✗ să accepți o intervenție fără informații suficiente;
- ✗ să continui o intervenție pe care o refuzi după ce ai fost informat;
- ✗ să accepți un produs mai scump fără să ți se comunice alternativa și diferența de preț;
- ✗ să renunți la dreptul de a cere o a doua opinie.

PLĂȚILE

- ✗ să faci plăți informale ori să oferi recompense personalului;
- ✗ să plătești o sumă neexplicată, fără tarif și document fiscal;
- ✗ să cumperi pentru un spital public medicamente, materiale sau investigații pe care unitatea trebuie să le asigure în internarea decontată;
- ✗ să accepți contribuția personală a unui spital privat fără deviz, explicații și consimțământ scris;
- ✗ să plătești un serviciu din pachet numai pentru că furnizorul nu ți-a explicat traseul sau documentele necesare.

TRIMITEREA ȘI ALEGEREA FURNIZORULUI

- ✗ să prezinți bilet pentru urgență și celelalte situații de acces direct;
- ✗ să alegi furnizorul indicat verbal de un medic, dacă ai dreptul să alegi un alt furnizor contractat;
- ✗ să accepți înlocuirea ori adăugarea de investigații pe bilet de către laborator;
- ✗ să renunți la bilet dacă nu accepți programarea propusă — documentul ți se restituie ca să te adresezi altui furnizor.

Ce se întâmplă dacă o obligație nu este respectată

Efectele de mai jos sunt administrative sau practice — nu sancțiuni suplimentare. Fiecare poate fi evitat printr-o verificare făcută la timp.

SITUAȚIA	EFFECTUL POSIBIL
Datele nu sunt actualizate	Apar neconcordanțe privind identitatea, categoria de asigurat sau medicul de familie
Cardul ori documentul înlocuitor lipsește când validarea este obligatorie	Serviciul planificat poate să nu poată fi decontat
Biletul, prescripția, recomandarea sau decizia a expirat	Poate fi necesară emiterea unui document nou
Furnizorul nu are contract pentru serviciu	Serviciul poate fi acordat numai cu plată ori la un alt furnizor contractat
Traseul programului sau criteriile medicale nu sunt îndeplinite	Serviciul specific nu poate fi decontat prin program
Tratamentul acceptat nu este urmat sau schimbările nu sunt comunicate	Pot fi afectate siguranța, monitorizarea și rezultatul îngrijirii
Suma legal datorată nu este achitată	Se aplică efectele fiscale sau contractuale corespunzătoare situației

LIMITA ABSOLUTĂ

Niciuna dintre aceste situații **nu justifică refuzul îngrijirilor necesare rezolvării unei urgențe medico-chirurgicale.**

Cum eviți aceste situații: folosește lista de verificare de la pag. 36 înainte oricărei programări, iar dacă un serviciu ți-a fost totuși refuzat, urmează pașii de la pag. 34.

TRASEE PRACTICE

Regulile, transformate în pași. Pentru fiecare situație: cine este responsabil, ce documente îți trebuie, ce termene se aplică și ce faci dacă ceva nu merge.

Consultație, bilet de trimitere, investigații	pag. 32
Medicamente, dispozitive, urgență	pag. 33
Probleme și soluții: statut, refuz, plăți neexplicate	pag. 34
Costurile care îți pot reveni	pag. 35

Primii pași, pe situații

„Am nevoie de o consultație. De unde încep?”

- 1 Programează-te la **medicul de familie** — punctul de pornire pentru problemele care nu sunt urgente.
- 2 Medicul evaluează problema și acordă serviciile din competența sa.
- 3 Dacă este necesar, primești **bilet, prescripție sau recomandare** pentru etapa următoare.
- 4 Prezinți **cardul** când validarea este obligatorie.

Pentru afecțiunile cu acces direct te poți programa direct la medicul specialist — vezi [pag. 6](#).

„Am primit un bilet de trimitere. Care este pasul următor?”

- 1 Verifică **specialitatea, serviciile înscrise și valabilitatea** biletului.
- 2 Alege un furnizor **contractat pentru serviciul respectiv** — ai dreptul să alegi.
- 3 Programează-te **în perioada de valabilitate** a documentului.
- 4 La consultație prezinți **biletul și cardul**; la consultațiile la distanță cardul nu se utilizează.

A doua și următoarele consultații ale aceluiași episod se acordă fără bilet nou, numai în limitele aplicabile — vezi [pag. 15](#).

„Am nevoie de investigații. Ce trebuie să verific?”

- 1 Biletul pentru investigații: **în termen** (30/60/90 de zile, după caz — [pag. 16](#)).
- 2 Furnizorul: contractat **pentru investigația concretă** recomandată.
- 3 Programarea: în termenul biletului. Dacă nu accepți data propusă, **biletul ți se restituie**.
- 4 Cardul: la recoltare ori la efectuarea investigației. Dacă nu poți ajunge, **anunță și cere reprogramare** în termen.

Laboratorul nu poate înlocui și nu poate adăuga investigații pe bilet.

Medicamente, dispozitive, urgență

„Am nevoie de medicamente.”

1

Primești **prescripția electronică**; verifică perioada pentru care a fost emisă.

2

Mergi la o **farmacie contractată**, în perioada de valabilitate (pag. 21).

3

Întreabă **înainte de eliberare** ce diferență de preț îți revine; produsul mai scump cere **acord scris**.

4

Prezinți cardul la ridicarea personală. Dacă produsul cel mai ieftin lipsește, **depune cerere**: aprovizionare în 24–48 de ore.

„Am nevoie de un dispozitiv medical.”

1

Obții **recomandarea** de la medicul cu drept de prescriere.

2

Depui prescripția la **CAS în cel mult 30 de zile** de la emitere, cu declarația pe propria răspundere unde este cerută.

3

Primești **decizia** (respingerea trebuie motivată în scris; la fond depășit — listă de prioritate).

4

Alegi furnizorul contractat, **în valabilitatea deciziei**; cardul se utilizează la predare, cu excepțiile pentru livrarea prin poștă sau curier.

„Am o urgență medicală.”

1

Apelezi **112** sau te prezinți la structura de urgență — imediat, fără a căuta documente.

2

Solicitarea este evaluată prin **triaj medical**; echipajul sau structura de urgență stabilește conduita.

3

Nu ți se cer **card, bilet ori dovada asigurării** pentru rezolvarea urgenței.

4

După încetarea urgenței, continuarea serviciilor planificate urmează **pachetul aplicabil**; persoana neasigurată este informată dacă urmează plăți.

Probleme și soluții

„Nu îmi apare calitatea de asigurat.”

1

Cere furnizorului **verificarea electronică** a statutului — cardul nu este singura dovadă.

2

Clarifică încadrarea la **CAS Maramureș**, cu documentele care dovedesc categoria ta de asigurat.

3

Până la clarificare rămân disponibile **pachetul minimal** și înscrierea la medicul de familie (pag. 23).

4

Urgența nu se amână niciodată pentru clarificarea statutului.

„Mi-a fost refuzat un serviciu sau mi se cere o plată neexplicată.”

PASUL 1 · VERIFICĂ

- calitatea de asigurat — poate fi verificată electronic;
- contractul furnizorului pentru serviciul concret;
- documentul: tip, specialitate, servicii înscrise, valabilitate, data programării;
- motivul exact al refuzului sau al plății — cere-l, dacă este posibil, **în scris**.

PASUL 2 · PROTEJEAZĂ

- dacă serviciul nu poate fi acordat imediat, cere **programare în termenul documentului** sau adresează-te altui furnizor contractat;
- păstrează biletul, prescripția, recomandarea, scrisoarea medicală, devizul, factura, bonul și dovada plății.

PASUL 3 · SESIZEAZĂ

- adresează-te mai întâi **furnizorului și casei de asigurări** cu care acesta are contract;
- sesizarea cuprinde: datele tale, furnizorul, data, serviciul solicitat, explicația primită și copii ale documentelor;
- pentru conduita profesională poate fi sesizat **colegiul profesional** competent.

CE POATE ȘI CE NU POATE FACE CAS MARAMUREȘ

Casa de asigurări clarifică statutul de asigurat, condițiile de acordare și de decontare și verifică respectarea contractului de către furnizori. Ea **nu soluționează cazuri medicale individuale**, nu stabilește diagnostice și nu poate substitui evaluarea medicală.

Într-o urgență, **nu aștepta soluționarea unei petiții** — apelează 112.

Costurile care îți pot reveni

CE POȚI DATORA, DUPĂ SITUAȚIE

- coplată pentru un episod de spitalizare continuă;
- contribuția pentru anumite servicii dentare;
- diferența dintre prețul produsului ales și suma decontată pentru un medicament sau dispozitiv;
- contribuția pentru sanatoriul balnear;
- costul confortului hotelier superior solicitat;
- contribuția personală acceptată în scris la un spital privat contractat;
- costul serviciilor neincluse în pachet sau accesate în afara traseului decontabil.

CE NU SE SUPORTĂ, CA REGULĂ, DIN FOND

Serviciile pentru boli profesionale și accidente de muncă ori sportive · anumite investigații de înaltă performanță și servicii dentare · confortul hotelier peste standard · intervențiile estetice pentru persoanele de peste 18 ani, cu excepțiile aplicabile · fertilizarea in vitro · asistența medicală la cerere, în afara indicației și traseului decontabil · anumite medicamente, materiale, dispozitive și tipuri de transport · anumite proceduri de reabilitare · actele și serviciile cerute de autorități pentru scopurile proprii · partea de preț care revine pacientului.

Un serviciu nedecontat din fond poate fi, uneori, finanțat dintr-o altă sursă publică sau printr-un program distinct.

Înainte de orice plată, cere:

1

Denumirea exactă a serviciului

2

Motivul pentru care nu este decontat integral

3

Tariful și suma care îți revine

4

Devizul, dacă este cazul

5

Factura și bonul fiscal sau chitanța

În spitalul privat, **devizul estimativ** trebuie primit înaintea acceptării contribuției personale. În farmacie, **diferența de preț** trebuie explicată înaintea eliberării produsului mai scump.

Înainte să pleci de acasă: listele de verificare

ÎNAINTE DE CONSULTAȚIE

- ☐ Am verificat dacă sunt asigurat sau dacă folosesc pachetul minimal.
- ☐ Am ales un furnizor contractat pentru serviciul concret.
- ☐ Știu dacă am nevoie de bilet de trimitere ori de acces direct.
- ☐ Documentul este complet și valabil.
- ☐ Am cardul sau documentul înlocuitor, dacă este necesar.
- ☐ Cunosc data programării și regulile de anulare.
- ☐ Am documentele medicale relevante și lista tratamentelor în curs.

ÎN TIMPUL CONSULTAȚIEI

- ☐ Am explicat simptomele, bolile cunoscute, alergiile și tratamentele în curs.
- ☐ Am înțeles diagnosticul ori ipoteza de diagnostic.
- ☐ Am întrebat ce investigații sau tratamente sunt necesare și de ce.
- ☐ Știu care este următorul pas și cine îl programează.
- ☐ Am întrebat ce este decontat și ce sumă îmi poate reveni.
- ☐ Am primit explicații suficiente pentru consimțământ.

LA PLECAREA DIN CABINET SAU LA EXTERNARE

- ☐ Am primit prescripția, biletul, recomandarea ori scrisoarea medicală necesară.
- ☐ Am verificat termenul de valabilitate.
- ☐ Știu cum și unde continui traseul.
- ☐ Am primit indicațiile privind tratamentul și semnele de alarmă.
- ☐ Am primit decontul sau documentele fiscale pentru sumele plătite.
- ☐ Păstrez copii ale documentelor importante.

PENTRU PERSOANA NEASIGURATĂ

- ☐ M-am înscris sau reînscris la un medic de familie; nu am nevoie de card pentru pachetul minimal.
- ☐ Am întrebat dacă serviciul solicitat este inclus în pachetul minimal.
- ☐ Știu că o consultație inclusă nu acoperă automat toate analizele și medicamentele.
- ☐ Pentru prevenție, cancer, hepatite, HIV în sarcină, boli transmisibile ori un program național, am cerut traseul special aplicabil.
- ☐ Într-o urgență, solicit imediat ajutor; nu aștept obținerea calității de asigurat.
- ☐ Înaintea unui serviciu cu plată, cer tariful și documentul fiscal.

Cele mai importante zece reguli de reținut

- | | |
|--|--|
| 01 Urgența se acordă indiferent de dovada asigurării — fără card și fără bilet. | 06 Asiguratul are dreptul la o a doua consultație decontată pentru o a doua opinie. |
| 02 Persoana neasigurată se poate înscrie la un medic de familie, fără card. | 07 Copiile documentelor medicale se eliberează în cel mult 48 de ore de la cererea scrisă. |
| 03 Prevenția se adresează și persoanei fără simptome. | 08 Cardul nu se lasă la furnizor, iar codul PIN nu se comunică nimănui. |
| 04 Furnizorul trebuie să aibă contract pentru serviciul concret solicitat. | 09 Spitalul public nu îți transferă costurile produselor pe care trebuie să le asigure în internarea decontată. |
| 05 Trebuie să fii informat înaintea intervenției și înaintea oricărei plăți. | 10 Lipsa asigurării nu oprește confirmarea cancerului și accesul prevăzut prin programele naționale. |

Păstrează această pagină la îndemână. Dacă reții doar atât din întregul ghid, cele zece reguli acoperă situațiile în care se pierd cel mai des drepturi.

Glosar de termeni esențiali

Pachetul de bază — serviciile la care are acces persoana asigurată, în condițiile de acordare și de decontare aplicabile.

Decontare — plata serviciului din fondul asigurărilor către furnizor; nu exclude coplata sau contribuția personală.

Contribuție personală — partea din preț care revine pacientului: la medicamente, dispozitive, servicii dentare ori la spitalul privat.

Bilet de trimitere — documentul prin care un medic te îndrumă către consultația de specialitate, investigații ori internare.

Card național de sănătate — instrumentul de validare a serviciilor; personal și netransmisibil.

Furnizor contractat — cabinetul, laboratorul, spitalul ori farmacia aflate în contract cu o casă de asigurări pentru serviciul respectiv.

Pachetul minimal — serviciile determinate acordate persoanei care nu poate dovedi calitatea de asigurat.

Coplată — suma de 5–10 lei plătită pentru un episod de spitalizare continuă, dacă persoana nu este scutită.

Preț de referință — nivelul până la care se decontează un medicament sau un dispozitiv; diferența revine pacientului.

Prescripție electronică — documentul pe baza căruia farmacia eliberează medicamentele decontate.

Document înlocuitor — adeverința folosită în locul cardului: duplicat în emitere, refuz din motive de conștiință, persoane sub 18 ani.

Program național de sănătate — traseu dedicat anumitor afecțiuni, cu servicii, medicamente, materiale și dispozitive specifice.

Situația mea, pe scurt

SITUAȚIA MEA	UNDE MĂ ADRESEZ	CE VERIFIC
Vreau medic de familie	Cabinetul medicului ales	Cererea de înscriere; cardul, dacă a fost emis
Am nevoie de specialist	Ambulatoriul clinic contractat	Bilet valabil sau situație de acces direct
Am nevoie de analize	Laborator / centru contractat	Biletul în termen; programarea; cardul la recoltare
Îmi trebuie medicamente	Farmacia contractată	Valabilitatea prescripției; diferența de preț, înainte de eliberare
Îmi trebuie un dispozitiv	CAS Maramureș, apoi furnizorul ales	Depunerea în 30 de zile; decizia; valabilitatea ei
Am o problemă de decontare	Furnizorul și CAS Maramureș	Documentele păstrate; motivul refuzului, în scris; sesizarea (pag. 34)

Canale oficiale de informare și contact

Pentru clarificarea statutului de asigurat, informații despre servicii, sesizări privind acordarea ori decontarea serviciilor și pentru lista anuală a serviciilor decontate, te poți adresa direct casei de asigurări.

Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș

ADRESĂ	Str. Gheorghe Bilașcu 22A, 430243 Baia Mare, județul Maramureș
TELEFON	0262 215 209
E-MAIL	relatii publice@casm.ro
SITE OFICIAL	cas.cnas.ro/casm

ALTE SURSE OFICIALE

Casa Națională de Asigurări de Sănătate — cnas.ro · Legislația consolidată — legislatie.just.ro

URGENȚE

Numărul unic pentru apeluri de urgență: **112** —
gratuit, permanent.

♥ CAS Maramureș Pentru Sănătatea TA!

Acest material are caracter informativ și nu înlocuiește actele normative. Regulile prezentate sunt cele în vigoare la 23 august 2026; pentru situația ta concretă, verifică întotdeauna condițiile aplicabile.



Bibliografie

Actele de mai jos au fost consultate în forma consolidată, cu modificările și completările aplicabile la data actualizării materialului — 23 august 2026 (sursă: Portalul Legislativ, legislatie.just.ro).

1. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
2. Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare.
3. Ordinul ministrului sănătății nr. 1.410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare.
4. Legea nr. 46/2025 pentru modificarea art. 34 din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003.
5. Legea nr. 27/2026 pentru completarea Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.
6. Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.
7. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.
8. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 2.339/2.015/2025 pentru modificarea și completarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru.
9. Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare.
10. Ordinul președintelui CNAS nr. 1.549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, cu modificările și completările ulterioare.
11. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 37/2022 pentru asigurarea fondurilor necesare plății serviciilor medicale din asistența medicală primară acordate persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat.
12. Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.
13. Ordinul președintelui CNAS nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare.
14. Ordinul președintelui CNAS nr. 981/2026 pentru modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.
15. Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.
16. Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare.
17. Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea listei medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
18. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 674/252/2012 privind prescripția medicală electronică, cu modificările și completările ulterioare.
19. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 949/1.334/2026 pentru modificarea reglementărilor privind prescripția medicală electronică.
20. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 867/541/2011 privind modelul unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice și al biletului de internare, cu modificările și completările ulterioare.
21. Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 868/542/2011 privind modelul unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, cu modificările și completările ulterioare.

Cuprins

Cuprinsul este plasat la final, pentru consultare rapidă. Titlurile sunt active în vizualizarea electronică.

Despre acest ghid	2	Drepturile persoanei neasigurate	23
Orientare rapidă în sistem	3	Pachetul minimal: medicina de familie	23
Pacient, asigurat și persoană neasigurată	3	Specialist, investigații, medicină dentară	24
Pachetul de bază și pachetul minimal	4	Spitalul, limitele pachetului și programele	25
Cele cinci verificări; de unde începi	5	Partea II · Obligațiile tale	26
De la nevoie la serviciu; biletul de trimitere	6	Evidența ta medicală și administrativă (obligațiile 1–4)	27
Partea I · Drepturile tale	7	Tratamentul, conduita și plățile (obligațiile 5–8)	28
Drepturile oricărui pacient	8	Ce nu ți se poate impune	29
Respect, nediscriminare, informare	8	Efectele nerespectării obligațiilor	30
Orientare, a doua opinie, consimțământ	9	Partea III · Trasee practice	31
Confidențialitate, documente, continuitate	10	Primii pași, pe situații	32
Drepturile persoanei asigurate	11	Consultație · bilet de trimitere · investigații	32
Dreptul tău, pe scurt — matrice	11	Medicamente · dispozitive · urgență	33
Medicul de familie și cardul tău	12	Probleme și soluții: statut, refuz, plăți neexplicate	34
Pachetul de bază, pe tipuri de servicii	13	Costurile care îți pot reveni	35
Asistența medicală primară	13	Anexe practice	36
Prevenția	14	Liste de verificare	36
Ambulatoriul clinic de specialitate	15	Cele mai importante zece reguli	37
Analize, imagistică și medicină nucleară	16	Glosar și tabel de orientare	38
Medicina dentară	17	Canale oficiale și contact	39
Serviciile spitalicești	18	Bibliografie	40
Reabilitare, sanatorii și transport sanitar	19	Cuprins	41
Îngrijiri medicale și paliative la domiciliu	20		
Medicamentele	21		
Dispozitivele medicale și programele naționale	22		