

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), domiciliat/ă în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul, telefon, actul de identitate seria nr., CNP/cod unic de asigurare cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una dintre categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute mai jos:

() copii 0 - 18 ani [conform art. 225 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare - se completează de părinți/apărători legali];

() copii 0 - 18 ani care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrați în registrele de stare civilă [conform art. 225 alin. (1) lit. a) și alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare]; *

() tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă [conform art. 225 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse [conform art. 225 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() persoanele fizice cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri [conform art. 225 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() femei însărcinate și lăuze - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii [conform art. 225 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() femei însărcinate și lăuze care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii [conform art. 225 alin. (1) lit. e) și alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare]; *

() femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() femei însărcinate și lăuze care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 alin. (1) lit. e) și alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare]; *

() persoane cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane [conform art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare]; *

() persoane cetățeni români care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, care sunt victime ale traficului de persoane [conform art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare]; *

() persoane reținute, arestate sau deținute, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse, care se află în centrele de reținere și arestare preventivă [conform art. 225 alin. (1) lit. g) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare]. *



dovedită prin documentul/documentele

Data

.....

Semnătura

.....

*) persoanele care solicită servicii medicale, vor declara că nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, cu excepția copiilor de până la 14 ani și a persoanelor cu handicap, pentru care declarația se formulează de către persoanele care le însoțesc la furnizorul de servicii medicale.



Art. 11. - (1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asigurării suportă, în cazul spitalizării continue, contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești, cu obligația asigurării accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești acordate în condiții hoteliere standard.

(2) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitalicești pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital precum și serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(3) Furnizorii publici de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata și contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

(4) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă pot încasa din partea asiguratului:

a) sumele prevăzute la alin. (3).

b) o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale și nemedicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora – pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG. Modelul consimțământului este prevăzut în Anexa 23 E la ordin.

Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, și este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și la sediul acestora, într-un loc vizibil.

Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului. Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării

