CAPITOLUL II

Asiguraţii

SECŢIUNEA 1 Persoanele asigurate

SECŢIUNEA a 2-a Drepturile şi obligaţiile asiguraţilor

SECŢIUNEA 1

Persoanele asigurate

[{*}] Art. 211. - (1) Sunt asiguraţi, potrivit prezentei legi:

a) toţi cetăţenii români cu domiciliul în ţară şi care fac dovada plăţii contribuţiei la fond, în condiţiile prezentei legi;

b) cetăţenii străini şi apatrizii care au solicitat şi au obţinut prelungirea dreptului de şedere temporară ori au domiciliul în România şi care fac dovada plăţii contribuţiei la fond, în condiţiile prezentei legi;

c) cetăţenii statelor membre ale Uniunii Europene, Spaţiului Economic European şi Confederaţiei Elveţiene care nu deţin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat şi obţinut dreptul de rezidenţă în România, pentru o perioadă de peste 3 luni şi care fac dovada plăţii contribuţiei la fond, în condiţiile prezentei legi;

d) persoanele din statele membre ale Uniunii Europene, Spaţiului Economic European şi Confederaţiei Elveţiene care îndeplinesc condiţiile de lucrător frontalier şi anume desfăşoară o activitate salariată sau independentă în România şi care rezidă în alt stat membru în care se întoarce de regulă zilnic ori cel puţin o dată pe săptămână şi care fac dovada plăţii contribuţiei la fond, în condiţiile prezentei legi;

e) pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România şi care îşi stabilesc reşedinţa pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparţinând Spaţiului Economic European sau al Confederaţiei Elveţiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală - maternitate şi fac dovada plăţii contribuţiei la fond, în condiţiile prezentei legi.

(2) Asiguraţii au dreptul la pachetul de bază de la data începerii plăţii contribuţiei la fond, urmând ca sumele restante să fie recuperate de Agenţia Naţională de Administrare Fiscală, în condiţiile legii, inclusiv obligaţii fiscale accesorii datorate pentru creanţele fiscale.

(3) Calitatea de asigurat şi drepturile de asigurare încetează:

a) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a), odată cu pierderea dreptului de domiciliu în România, precum şi în condiţiile art. 258 alin. (2);

b) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. b), odată cu pierderea dreptului de şedere în România, precum şi în condiţiile art. 258 alin. (2);

c) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. c), odată cu pierderea dreptului de rezidenţă în România, pentru o perioadă de peste 3 luni, precum şi în condiţiile art. 258 alin. (2);

d) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. d), odată cu pierderea calităţii de lucrător frontalier, precum şi în condiţiile art. 258 alin. (2);

e) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. e), calitatea de asigurat şi drepturile de asigurare încetează de la data la care pensionarilor sistemului public de pensii din România nu li se mai reţine contribuţia la fond, calculată asupra veniturilor din pensia cuvenită în acest sistem.

(4) Reţinerea contribuţiilor la fond în cazul pensionarilor sistemului public de pensii care nu mai au domiciliul în România şi care îşi stabilesc reşedinţa pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparţinând Spaţiului Economic European sau al Confederaţiei Elveţiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală - maternitate, se stabileşte prin ordin comun al preşedintelui CNAS şi al preşedintelui Casei Naţionale de Pensii Publice.

(5) Documentele justificative privind dobândirea calităţii de asigurat se stabilesc prin ordin al preşedintelui CNAS.

(articol modificat prin art. I pct. 60 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

Art. 212.

[{*}] (1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverinţa de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate. După implementarea dispoziţiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul naţional de asigurări sociale de sănătate, respectiv cu adeverinţa de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conştiinţă primirea cardului naţional. Data de la care urmează a se utiliza cardul naţional de asigurări sociale de sănătate se stabileşte prin hotărâre a Guvernului. (alineat modificat prin art. I pct. 4 din O.G. nr. 11/2015, în vigoare de la 2 februarie 2015)

(2) Metodologia şi modalităţile de gestionare şi de distribuire ale cardului de asigurat se stabilesc de către CNAS.

(3) Emiterea cardului electronic de asigurat se face numai prin sistemul informatic unic integrat al sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 213. - (1) Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare, fără plata contribuţiei:

a) toţi copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţii de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă;

[{*}] b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecţie a copilului şi nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările şi completările ulterioare; soţul, soţia şi părinţii fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate; (literă modificată prin art. I pct. 18 din O.U.G. nr. 72/2006, în vigoare de la 25 septembrie 2006)

[{*}] c) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul - lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie

1945, precum şi celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, prin Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanţa Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările şi completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoaşterea şi acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcţiei Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoştinţei faţă de eroii - martiri şi luptătorii care au contribuit la victoria Revoluţiei române din decembrie 1989, precum şi faţă de persoanele care şi-au jertfit viaţa sau au avut de suferit în urma revoltei muncitoreşti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările şi completările ulterioare, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile băneşti acordate de aceste legi; (literă modificată prin art. I pct. 1 din O.U.G. nr. 107/2010 (publicată la 10 decembrie 2010), în vigoare de la 1 ianuarie 2011)

[{*}] d) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepţia celor obţinute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; (literă modificată prin art. I pct. 61 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

e) bolnavii cu afecţiuni incluse în programele naţionale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătăţii Publice, până la vindecarea respectivei afecţiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

f) femeile însărcinate şi lăuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară.

(2) Sunt asigurate persoanele aflate în una dintre următoarele situaţii, pe durata acesteia, cu plata contribuţiei din alte surse, în condiţiile prezentei legi:

[{*}] a) satisfac serviciul militar în . . . text abrogat - [{*}] . . . (literă abrogată de la 30 iunie 2008 prin art. I pct. 43 din O.U.G nr. 93/2008)

b) se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;

[{*}] c) se află în concediu şi indemnizaţie pentru creşterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani şi în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu şi indemnizaţie pentru creşterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 şi 7 ani; (literă modificată prin art. VIII pct. 1 din O.U.G. nr. 117/2010, în vigoare de la 30 decembrie 2010)

[{*}] d) execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum şi cele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, respectiv cele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au venituri; (literă modificată prin art. VIII pct. 1 din O.U.G. nr. 117/2010, în vigoare de la 30 decembrie 2010)

e) persoanele care beneficiază de indemnizaţie de şomaj;

[{*}] f) străinii aflaţi în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum şi cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identităţii şi sunt cazaţi în centrele special amenajate potrivit legii; (literă modificată prin art. VIII pct. 1 din O.U.G. nr. 117/2010, în vigoare de la 30 decembrie 2010)

g) persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificările şi completările ulterioare;

[{*}] h) pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei; (literă modificată prin art. I pct. 2 din O.U.G. nr. 107/2010 (publicată la 10 decembrie 2010), în vigoare de la 1 ianuarie 2011)

[{*}] i) persoanele cetăţeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni, dacă nu au venituri; (literă modificată prin art. VIII pct. 1 din O.U.G. nr. 117/2010, în vigoare de la 30 decembrie 2010)

[{*}] j) personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidenţa Secretariatului de Stat pentru Culte, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse. (literă modificată prin art. I pct. 2 din O.U.G. nr. 117/2010 (publicată la 10 decembrie 2010), în vigoare de la 1 ianuarie 2011)

(3) Persoanele care au calitatea de asigurat fără plata contribuţiei vor primi un document justificativ special, carnet sau adeverinţă de asigurat fără plata contribuţiei eliberat de casa de asigurări de sănătate, care atestă această calitate în urma prezentării la casa de asigurări a documentelor care dovedesc că se încadrează în prevederile alin. (1) sau alin. (2). Acest document va fi vizat periodic, după caz, în urma prezentării, de către persoana interesată, la casa de asigurări, a documentelor care dovedesc menţinerea condiţiilor de încadrare în categoria asiguraţilor fără plata contribuţiei, în condiţiile stabilite prin ordin al preşedintelui CNAS.

(4) Categoriile de persoane care nu sunt prevăzute la alin. (1) şi (2) au obligaţia să se asigure în condiţiile art. 211 şi să plătească contribuţia la asigurările sociale de sănătate în condiţiile prezentei legi.

Art. 2131. - Următoarele categorii de asiguraţi sunt scutite de la coplată, după cum urmează:

a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii între 18 ani şi 26 de ani, dacă sunt elevi, absolvenţi de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studenţii, dacă nu realizează venituri din muncă;

b) bolnavii cu afecţiuni incluse în programele naţionale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătăţii, pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecţiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

c) pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună.

d) toate femeile însărcinate şi lăuzele, pentru servicii medicale legate de evoluţia sarcinii, iar cele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară, pentru toate serviciile medicale. (literă introdusă prin art. I pct. 3 din O.U.G. nr. 103/2011, astfel cum a fost modificată prin art. unic din Legea nr. 138/2012, în vigoare de la 22 iulie 2012)

(articol introdus prin art. I pct. 4 din Legea nr. 220/2011, în vigoare de la 3 decembrie 2011)

Art. 2132. - (1) Lista serviciilor medicale pentru care se încasează coplata, nivelul coplăţii, precum şi data aplicării coplăţii se stabilesc prin contractul - cadru şi prin normele de aplicare a acestuia.

[{*}] (2) Domeniile de asistenţă medicală pentru care se stabileşte coplata, precum şi suma minimă şi maximă care reprezintă această coplată pentru fiecare categorie de serviciu medical şi unitate medicală se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în urma negocierii cu asociaţiile de pacienţi, asociaţiile profesionale, asociaţiile patronale ale furnizorilor de servicii de sănătate şi CNAS. (alineat modificat prin art. I pct. 4 din O.U.G. nr. 103/2011, astfel cum a fost modificată prin art. unic din Legea nr. 138/2012, în vigoare de la 22 iulie 2012)

[{*}] (3) După atingerea sumei maxime privind . . . text abrogat - [{*}] . . . (alineat abrogat de la 22 iulie 2012 prin art. I pct. 5 din O.U.G. nr. 103/2011, astfel cum a fost modificată prin art. unic din Legea nr. 138/2012)

[{*}] (4) Documentul justificativ prin care se . . . text abrogat - [{*}] . . . (alineat abrogat de la 22 iulie 2012 prin art. I pct. 5 din O.U.G. nr. 103/2011, astfel cum a fost modificată prin art. unic din Legea nr. 138/2012)

[{*}] (5) Sumele încasate din coplată constituie venituri ale furnizorilor de servicii medicale şi se utilizează pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor. (alineat modificat prin art. I pct. 43 din O.U.G. nr. 91/2012, în vigoare de la 27 decembrie 2012)

(articol introdus prin art. I pct. 4 din Legea nr. 220/2011, în vigoare de la 3 decembrie 2011)

Art. 214. - (1) Persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază de servicii medicale şi alte prestaţii acordate pe teritoriul României, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

[{*}] (2) Asigurarea socială de sănătate este . . . text abrogat - [{*}] . . . (alineat abrogat de la 11 februarie 2014 prin art. I pct. 62 din O.U.G. nr. 2/2014)

[{*}] Art. 215. - (1) Obligaţia virării contribuţiei pentru asigurările sociale de sănătate revine persoanelor juridice sau fizice care au calitatea de angajator, persoanelor juridice ori fizice asimilate angajatorului, precum şi persoanelor fizice, după caz.

[{*}] (2) Persoanele juridice sau fizice care au calitatea de angajator, precum şi persoanele asimilate angajatorilor sunt obligate să depună declaraţia privind obligaţiile de plată a contribuţiilor sociale, impozitului pe venit şi evidenţa nominală a persoanelor asigurate, la termenele prevăzute în Legea nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare. (alineat modificat prin art. II din O.U.G. nr. 125/2011, publicată la 30 decembrie 2011, în vigoare de la 1 ianuarie 2012)

[{*}] (3) Persoanele fizice care realizează venituri . . . text abrogat - [{*}] . . . (alineat abrogat de la 11 februarie 2014 prin art. I pct. 63 din O.U.G. nr. 2/2014)

(articol modificat prin art. VIII pct. 2 din O.U.G. nr. 117/2010, în vigoare de la 30 decembrie 2010)

[{*}] Art. 216. - În cazul . . . text abrogat - [{*}] . . . (articol abrogat de la 11 februarie 2014 prin art. I pct. 66 din O.U.G. nr. 2/2014)

SECŢIUNEA a 2-a

Drepturile şi obligaţiile asiguraţilor

[{*}] Art. 217. - (1) Asiguraţii au dreptul la un pachet de servicii de bază în condiţiile prezentei legi.

[{*}] (2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului - cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, denumit în continuare CMR,

Colegiul Medicilor Dentişti din România, denumit în continuare CMDR, Colegiul Farmaciştilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, Ordinul Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor, denumit în continuare OBBC, precum şi în urma consultării cu organizaţiile patronale, sindicale şi profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătăţii şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract - cadru. (alineat modificat prin art. I pct. 65 din O.U.G. nr. 2/2014, astfel cum a fost modificată prin art. I pct. 25 din Legea nr. 132/2014, în vigoare de la 13 octombrie 2014)

(3) Contractul - cadru reglementează, în principal, condiţiile acordării asistenţei medicale cu privire la:

a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate şi pachetul de servicii minimal;

b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale şi a altor servicii pentru asiguraţi, aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);

c) respectarea criteriilor de calitate pentru serviciile medicale oferite în cadrul pachetelor de servicii;

d) alocarea resurselor şi controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;

e) modalităţile de plată utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare şi actele necesare în acest scop;

f) măsuri de îngrijire la domiciliu, de reabilitare;

g) condiţiile acordării serviciilor la nivel teritorial, precum şi lista acestora;

h) prescrierea şi eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a dispozitivelor medicale;

i) modul de informare a asiguraţilor;

j) coplata, pentru unele servicii medicale, după caz.

[{*}] (4) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului - cadru, în urma negocierii cu CMR, CFR, CMDR, OAMGMAMR, OBBC, precum şi cu consultarea organizaţiilor patronale, sindicale şi profesionale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS, în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a hotărârii Guvernului prevăzute la alin. (2). (alineat modificat prin art. I pct. 65 din O.U.G. nr. 2/2014, astfel cum a fost modificată prin art. I pct. 25 din Legea nr. 132/2014, în vigoare de la 13 octombrie 2014)

(articol modificat prin art. I pct. 65 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

Art. 218.

[{*}] (1) Asiguraţii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului şi până la vindecare, în condiţiile stabilite de prezenta lege, de contractul - cadru şi normele sale de aplicare. (alineat modificat prin art. I pct. 66 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

(2) Asiguraţii au următoarele drepturi:

a) să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum şi casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condiţiile prezentei legi şi ale contractului-cadru;

b) să fie înscrişi pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condiţiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opţiunea este pentru un medic din altă localitate;

c) să îşi schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;

[{*}] d) să beneficieze de pachetul de servicii de bază în mod nediscriminatoriu, în condiţiile legii; (literă modificată prin art. I pct. 67 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

d1) să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare şi investigaţiile paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile impuse de contractul-cadru; (literă introdusă prin art. unic din Legea nr. 157/2008, în vigoare de la 26 iulie 2008)

e) să efectueze controale profilactice, în condiţiile stabilite prin contractul-cadru;

f) să beneficieze de servicii de asistenţă medicală preventivă şi de promovare a sănătăţii, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;

g) să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii şi în spitale aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

h) să beneficieze de servicii medicale de urgenţă;

i) să beneficieze de unele servicii de asistenţă stomatologică;

j) să beneficieze de tratament fizioterapeutic şi de recuperare;

k) să beneficieze de dispozitive medicale;

l) să beneficieze de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

m) să li se garanteze confidenţialitatea privind datele, în special în ceea ce priveşte diagnosticul şi tratamentul;

n) să aibă dreptul la informaţie în cazul tratamentelor medicale;

o) să beneficieze de concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate în condiţiile legii.

(3) Asiguraţii prevăzuţi în Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificările şi completările ulterioare, şi în Legea nr. 360/2002 privind Statutul poliţistului, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază de asistenţă medicală gratuită, respectiv servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, suportate din fond, în condiţiile contractului-cadru şi din bugetele ministerelor şi instituţiilor respective, în condiţiile plăţii contribuţiei de asigurări sociale de sănătate.

(4) Personalităţile internaţionale cu statut de demnitar primesc asistenţă medicală de specialitate în unităţi sanitare nominalizate prin ordin al ministrului sănătăţii publice.

Art. 219. - Obligaţiile asiguraţilor pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la art. 218 sunt următoarele:

a) să se înscrie pe lista unui medic de familie;

b) să anunţe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;

c) să se prezinte la controalele profilactice şi periodice stabilite prin contractul-cadru;

d) să anunţe în termen de 15 zile medicul de familie şi casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asiguraţi;

e) să respecte cu stricteţe tratamentul şi indicaţiile medicului;

f) să aibă o conduită civilizată faţă de personalul medico-sanitar;

[{*}] g) să achite contribuţia datorată fondului şi suma reprezentând coplata/contribuţia personală, în condiţiile legii; (literă modificată prin art. I pct. 69 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

[{*}] h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, definite la art. 212 alin. (1). (literă modificată prin art. I pct. 69 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)

[{*}] Art. 220. - (1) Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de servicii medicale, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, prevăzut de prezenta lege.

(2) Pentru persoanele care au beneficiat de servicii medicale în condiţiile alin. (1), furnizorii de servicii medicale sunt obligaţi să comunice CNAS datele de identificare ale acestora.

(3) CNAS comunică la ANAF, trimestrial, pe bază de protocol, datele de identificare ale persoanelor prevăzute la alin. (2) în vederea impunerii conform prevederilor Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul în care se constată existenţa veniturilor asupra cărora se datorează contribuţia de asigurări sociale de sănătate.

(articol modificat prin art. I pct. 69 din O.U.G. nr. 2/2014 - publicată la 11 februarie 2014, în vigoare de la 1 ianuarie 2015)

Art. 221. - Tarifele serviciilor hoteliere pentru persoana care însoţeşte copilul internat în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorul persoanei cu handicap grav internate se suportă de către casele de asigurări, dacă medicul consideră necesară prezenţa lor pentru o perioadă determinată.

[{*}] Art. 222. - Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puţin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, precum şi asupra drepturilor şi obligaţiilor sale. (articol modificat prin art. I pct. 70 din O.U.G. nr. 2/2014, în vigoare de la 11 februarie 2014)