



## COMUNICAT

### **In atentia persoanelor care solicita emiterea adeverintei in scopul eliberarii certificatului de concediu medical pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice**

Asiguratii beneficiaza de concedii si indemnizatii pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice in varsta de peste 18 ani, in baza certificatului medical eliberat de medicul specialist, **daca sunt indeplinite cumulativ urmatoarele conditii:**

- a) indeplinesc stagiul minim de asigurare de 6 luni inainte de luna acordarii certificatului de concediu medical
- b) prezinta adeverinta eliberata de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta pacientul oncologic, din care sa reiasa numarul de zile de concediu medical pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice care s-au acordat in ultimele 12 luni, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta insotitorul

Adeverinta din care sa reiasa numarul de zile de concediu pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice, necesara pentru eliberarea certificatului de concediu medical pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice, se elibereaza de catre Casa de Asigurari de Sanatate a județului Buzău pentru insotitorii pacientilor oncologici aflati in evidenta CAS Buzău, astfel:

**-daca persoana se adreseaza direct la CAS Buzău, aceasta va depune la registratura institutiei o solicitare scrisa de eliberare a adeverintei,**

**-daca solicitarea se transmite prin mijloace alternative de comunicare (posta, email) aceasta va fi transmisa la adresa de email [office@casbz.ro](mailto:office@casbz.ro)**

**Modelul cererii privind eliberarea adeverintei este anexat la prezenta.**

In vederea gestionarii numarului de zile de concediu medical pentru ingrijirea pacientului cu afectiuni oncologice, **beneficiarul concediului are obligatia de a transmite de indata o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurari de sanatate care are in evidenta pacientul cu afectiuni oncologice, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanta.**

### **Atentie!!!**

**Adeverinta de la platitorul de indemnizatii din care sa reiasa numarul de zile de concediu de incapacitate temporara de munca avute in ultimele 12/24 luni se elibereaza numai salariatilor care indeplinesc stagiul de asigurare de 6 luni anterioare lunii emiterii adeverintei.**



Casa de Asigurări de Sănătate a județului Buzău  
Cod Fiscal: 11317897, Buzău, Str. Crizantemelor, Nr. 18, Cod poștal: 120203  
Tel. : 0238/717834; Fax: 724108;  
E-mail: [office@casbz.ro](mailto:office@casbz.ro) ; Pagina Web : <http://www.casbz.ro>

---

Nr. de înregistrare.....

**Doamna Director General,**

**Subsemnatul/subsemnata.....  
CNP....., pacient oncologic aflat în evidența Casei  
de Asigurări de Sănătate Buzău, vă rog să aprobați emiterea unei  
adeverințe din care să rezulte numărul de zile de concediu medical  
pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice cu care figurez în  
evidențele dumneavoastră, acordate în ultimele 12 luni persoanelor  
care m-au însoțit la tratament/intervenții chirurgicale.**

**Am luat la cunoștință despre faptul că persoana care mă însoțește  
are obligația de a vă transmite o copie a certificatului de concediu  
medical obținut, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanță.**

**Solicit ca transmiterea adeverinței să se realizeze astfel:**

- prin corespondență electronică, la adresa de email.....
- prin corespondență postală, la adresa.....
- prin ridicarea acesteia de la sediul CAS Buzău.

**Data.....**

**Semnatura.....**