



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CARAȘ-SEVERIN
Telefon: 055 / 212200 ; Str. Spitalului nr. 36, Reșița – 320076 ; Fax: 055 / 212643;

IN ATENȚIA ASIGURATIILOR C.J.A.S. CARAȘ-SEVERIN
Cardul național de asigurări sociale de sănătate (Ordin CNAS nr.98/2015)

In sistemul de asigurări sociale de sănătate se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și furnizorii de servicii medicale, medicamente și, după caz, de furnizorii de dispozitive medicale, potrivit Hotărârii Guvernului nr.900/2012.

Pana la data de 01 mai 2015 pentru dovedirea calitatii de asigurat se utilizeaza:

- a) cardul național;
- b) documentele prevăzute la art. 212 alin.(1) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru asigurații care nu prezintă cardul național, respectiv, după caz adeverința de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de C.N.A.S.

Dupa data de 01 mai 2015 pentru dovedirea calitatii de asigurat se utilizeaza:

- a) cardul național;
- b) adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni, eliberată la solicitarea asiguratului de către casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență pentru persoanele prevăzute la art.336 alin(1) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național;
- c) documentele prevăzute la art. 212 alin.(1) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru persoanele prevăzute la art.336 alin.(1) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru care nu a fost emis cardul național, până la data la care asiguratul intră în posesia acestuia, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data emiterii;
- d) adeverința de înlocuire a cardului național pentru situațiile în care se solicită emiterea cardului duplicat.

Situațiile în care asigurații pot solicita eliberarea unui card național duplicat.

Cardul duplicat se eliberează la solicitarea persoanei, iar costul este suportat:

- a) în cazul pierderii, furtului sau deteriorării cardului național emis inițial - de către asigurat
- b) în cazul modificării datelor personale de identificare ulterior datei de emisie a cardului emis inițial - de către asigurat;
- c) alte situații justificate - de către asigurat;
- d) în cazul în care cardul național emis inițial prezintă defecțiuni tehnice, erori ale informațiilor înscrise sau care nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare, confirmate de casa de asigurări de sănătate - de către C.N. "Imprimeria Națională";
- e) în situații justificate rezultate din derularea procesului de distribuție a cardului național emis inițial - de către C.N. „Posta Română”;

În toate situațiile asiguratul va depune la sediul CAS Caras-Severin pe lângă cererea tip și copia actului de identitate, cardul emis inițial - în anumite situații - dovada plății contravalorii cardului duplicat și a distribuției acestuia; sumele urmează să se stabilească prin convenție încheiată de CNAS cu CN "Imprimeria Națională" și CN "Posta Română", plata urmând să se facă în contul deschis pe seama casei de asigurări de sănătate.

Conducerea

CERERE
de eliberare a cardului duplicat

1. Numele:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. Prenumele:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. CNP/ CID:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. Solicit eliberarea cardului duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

Motivul solicitării cardului duplicat:

- a) Pierdere; b) Furt; c) Deteriorare;
d) Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

e) Alte situații justificate:

.....
sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:

Defecțiuni tehnice, erori ale informațiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare (menționați numărul cardului mai jos)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data

.....

Semnătura

| |
|--|
| |
|--|

| |
|---|
| Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate. La pct. 4 bifați o singură opțiune. |
|---|

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
.....

CERERE

de eliberare a adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data în localitatea, domiciliat(ă) în, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, posesor/posesoare al/a BI/CI seria nr., eliberat(ă) de la data de....., cod numeric personal, având codul de identificare al asiguratului (CID)

declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

și solicit eliberarea adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.

- Depun cardul național de asigurări sociale de sănătate.
- Declar că am returnat cardul național de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

Data
.....

Semnătura

| |
|--|
| |
|--|

