

NORME METODOLOGICE din 8 septembrie 2014

pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat

EMITENT: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 685 din 19 septembrie 2014

Data intrării în vigoare : 19 septembrie 2014

CAP. I

Dispoziții generale

ART. 1

(1) Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare fondul, se constituie din contribuții ale persoanelor fizice și juridice, subvenții de la bugetul de stat, precum și din donații, sponsorizări, dobânzi, venituri obținute din exploatarea patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, și al caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, precum și al Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări, precum și din alte venituri, inclusiv sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, în condițiile legii.

(2) Colectarea contribuțiilor persoanelor juridice sau fizice care au calitatea de angajator, precum și a contribuțiilor datorate de persoanele fizice obligate să se asigure în condițiile legii se face de către Ministerul Finanțelor Publice, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală, denumită în continuare ANAF, și organele fiscale subordonate acesteia, în contul unic deschis pe seama CNAS, cu respectarea dispozițiilor Ordonanței Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare, denumit în continuare Codul de procedură fiscală, în condițiile legii,

(3) Competența de administrare a contribuțiilor sociale obligatorii datorate de persoanele fizice prevăzute la cap. II și III din titlul IX² al Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, denumită în continuare Codul fiscal, revine ANAF, potrivit Codului fiscal. Prin administrarea contribuțiilor se înțelege ansamblul activităților desfășurate de organele fiscale în legătură cu: înregistrarea fiscală, declararea, stabilirea, verificarea și colectarea contribuțiilor, precum și soluționarea contestațiilor împotriva actelor administrative fiscale, în condițiile legii.

(4) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România sunt, după caz, adeverința de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări în evidența căreia este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări a instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS, constituit în baza Registrului unic de evidență al asiguraților.

(5) Dovada calității de asigurat se face prin documentele prevăzute la alin. (4), reprezentând o măsură tranzitorie până la înlocuirea cu cardul național de asigurări sociale de sănătate.

(6) Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat vor fi transmise în mod gratuit caselor de asigurări de către autoritățile, instituțiile publice și alte instituții, pe bază de protocol, cu respectarea Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, și a Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 2

(1) În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, Codului fiscal și prezentelor norme metodologice, sunt asigurați:

- a) toți cetățenii români cu domiciliul în țară și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile legii;
- b) cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile legii;
- c) cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European și Confederației Elvețiene care nu dețin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat și obținut dreptul de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni, și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile legii;
- d) persoanele din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European și Confederației Elvețiene care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier, și anume desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întorc de regulă zilnic sau cel puțin o dată pe săptămână și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile legii;
- e) pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate și fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile legii.

(2) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează:

- a) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. a), odată cu pierderea dreptului de domiciliu în România, precum și în condițiile art. 258 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- b) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. b), odată cu pierderea dreptului de ședere în România, precum și în condițiile art. 258 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- c) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. c), odată cu pierderea dreptului de rezidență în România, pentru o perioadă de peste 3 luni, precum și în condițiile art. 258 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- d) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. d), odată cu pierderea calității de lucrător frontalier, precum și în condițiile art. 258 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- e) pentru persoanele prevăzute la alin. (1) lit. e), de la data la care pensionarilor sistemului public de pensii din România nu li se mai reține contribuția la fond, calculată asupra veniturilor din pensia cuvenită în acest sistem.

(3) Drepturile de asigurare încetează după 3 luni de la ultima plată a contribuției la fond, în condițiile legii și ale prezentelor norme metodologice.

(4) Asigurații au dreptul la pachetul de bază de la data începerii plății contribuției la fond, urmând ca sumele restante să fie recuperate de ANAF, în condițiile legii, inclusiv obligații fiscale accesorii datorate pentru creanțele fiscale.

(5) Persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de servicii medicale și alte prestații acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

CAP. II

Contribuția de asigurări sociale de sănătate

ART. 3

Angajatorii și entitățile asimilate angajatorului au obligația să calculeze, să rețină și să vireze contribuția de asigurări sociale de sănătate la termenele și în condițiile Codului fiscal.

ART. 4

Contribuția persoanelor asigurate se stabilește sub forma unei cote prevăzute de lege, aplicată asupra veniturilor prevăzute în Codul fiscal, la termenele și în condițiile Codului fiscal, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 213 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 5

(1) Persoanele asigurate în baza art. 213 alin. (1) lit. b), respectiv soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflate în întreținerea unei persoane asigurate cu sau fără plata contribuției, denumite în continuare coasigurați, își păstrează calitatea de asigurat și drepturile care decurg din aceasta numai în perioada în care persoana în a cărei întreținere se află are calitatea de asigurat.

(2) Coasigurații nu pot avea la rândul lor coasigurați în baza art. 213 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 6

(1) Persoanele care nu realizează venituri și nu se încadrează în categoriile de persoane care beneficiază de asigurarea de sănătate fără plata contribuției, pentru a dobândi calitatea de asigurat, au obligația plății contribuției individuale lunare de asigurări sociale de sănătate.

(2) Persoanele care au obligația să se asigure, care nu pot dovedi plata contribuției și care nu se încadrează în categoriile de persoane care beneficiază de asigurarea de sănătate fără plata contribuției, plătesc contribuția lunară de asigurări sociale de sănătate calculată prin aplicarea cotei prevăzute în Codul fiscal la salariul de bază minim brut pe țară în vigoare la data plății.

(3) Persoanele prevăzute la alin. (2) sunt obligate pentru a obține calitatea de asigurat să achite contribuția legală pe ultimele 6 luni și a lunii curente, calculată la salariul minim brut pe țară în vigoare la data plății, calculându-se majorări de întârziere dacă nu au realizat venituri impozabile pe perioada termenelor de prescripție privind obligațiile fiscale. În situațiile în care persoanele prevăzute la alin. (2) au realizat venituri impozabile pe perioada termenelor de prescripție recuperarea sumelor restante cu titlul de contribuție, precum și accesoriile fiscale se realizează de ANAF, prin organele fiscale teritoriale, în condițiile legii.

(4) Plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele prevăzute la alin. (1) se efectuează lunar, la termenele și în condițiile Codului fiscal.

ART. 7

Cetățenii străini care au obținut permis de ședere în România au obligația plății contribuției asupra veniturilor impozabile realizate pe teritoriul României, în condițiile legii, cu respectarea termenului de prescripție a contribuției și calculându-se accesoriile fiscale.

ART. 8

(1) Străinii beneficiari ai unei forme de protecție potrivit Legii nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare, sunt obligați, pentru a obține calitatea de asigurat, să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate începând cu data obținerii formei de protecție, în condițiile legii.

(2) În situația în care nu realizează venituri impozabile, persoanele prevăzute la alin. (1) plătesc contribuția lunară calculată la un salariu minim brut pe țară în vigoare la data plății, în condițiile art. 6.

ART. 9

(1) Pentru lucrătorii migranți care își păstrează domiciliul sau reședința în România, contribuția lunară la fond se calculează la veniturile obținute din contractele încheiate cu un angajator străin și care se impozitează în România.

(2) Prevederile alin. (1) nu se aplică în cazul lucrătorilor migranți care își desfășoară activitatea în statele membre ale Uniunii Europene sau în statele cu care România are încheiate acorduri de securitate socială și care sunt asigurați în respectivele sisteme de securitate socială.

CAP. III

Documente justificative privind dobândirea calității de asigurat

ART. 10

Până la implementarea cardului național de asigurări sociale de sănătate documentele justificative privind dobândirea calității de asigurat sunt prevăzute la art. 1 alin. (4).

ART. 11

(1) Modalitatea electronică de verificare a calității de asigurat se face prin introducerea de către furnizorii de servicii medicale, medicamente, îngrijiri la domiciliu și dispozitive medicale a codului numeric personal al persoanei care necesită servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în câmpul "CNP" din aplicația instalată pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>

(2) În cazul în care persoana care necesită servicii medicale, medicamente, îngrijiri la domiciliu și dispozitive medicale, cu excepția celor din pachetul minim de servicii medicale, ca urmare a interogării aplicației menționate la alin. (1), apare neasigurată, aceasta va face dovada calității de asigurat cu adeverința de asigurat. Pentru obținerea adeverinței de asigurat persoana se adresează casei de asigurări de sănătate la care aceasta este luată în evidență, prezentând documentele necesare dovedirii calității de asigurat.

ART. 12

(1) Dovada calității de asigurat se realizează prin modalitatea electronică de verificare a calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, iar în situația în care, în urma interogării, persoana nu apare în aplicația menționată la art. 11 alin. (1), se realizează printr-un document justificativ - adeverință, potrivit modelului prevăzut în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentele norme metodologice, eliberată de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află persoana, potrivit fiecărei categorii de persoane, pe baza următoarelor documente:

- a) pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, cu act de identitate sau certificat de naștere, după caz, valabil la data solicitării;
- b) pentru tinerii cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani: act de identitate valabil la data solicitării, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri din muncă sau alte venituri impozabile și un document valabil din care să rezulte că au calitatea de elev sau student avizat de instituția de învățământ;
- c) studentul-doctorand care desfășură activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4-6 ore convenționale didactice pe săptămână: act de identitate valabil la data solicitării, contractul în baza căruia desfășoară activități didactice în limita a 4-6 ore, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri din muncă sau alte venituri impozabile, adeverință eliberată de instituția de învățământ superior din care să rezulte că are calitatea de student-doctorand;
- d) pentru tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, care provin din sistemul de protecție a copilului: act de identitate valabil la data solicitării, document care să ateste că au fost incluși într-un sistem de protecție a copilului, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri din muncă, un document eliberat de primăria din localitatea de domiciliu prin care să ateste că nu beneficiază de ajutor social în condițiile legii;
- e) pentru soțul, soția și părinții aflați în întreținerea unei persoane asigurate: act de identitate valabil la data solicitării, documente care să ateste relația de rudenie sau căsătoria cu persoana asigurată, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri proprii, precum

și o declarație pe propria răspundere a persoanei asigurate prin care aceasta declară că are în întreținere persoana respectivă;

f) pentru beneficiarii Decretului-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu completările ulterioare, ai Ordonanței 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 și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare, ai Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ai Legii nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. 1 din Legea recunoașterii față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare: act de identitate valabil la data solicitării, documente doveditoare că se încadrează în una dintre categoriile de beneficiari ai acestor legi, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri impozabile, altele decât cele prevăzute de legile speciale;

g) pentru persoanele cu handicap: act de identitate valabil la data solicitării, certificat de încadrare într-un grad de handicap, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, în afara celor prevăzute de legea prin care li s-a stabilit această calitate;

h) pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni: act de identitate valabil la data solicitării, adeverință medicală eliberată de medicul curant sau de medicul coordonator al programului de sănătate, declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

i) pentru femeile însărcinate sau lăuze: act de identitate valabil la data solicitării, adeverință medicală, certificat de naștere al copilului - pentru lăuze, precum și declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri sau documente justificative că realizează venituri lunare sub salariul de bază minim brut pe țară;

j) pentru persoanele care se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și, în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani sau se află în concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani: actul de identitate valabil la data solicitării și decizia emisă de direcțiile județene de muncă, familie și egalitate de șanse, respectiv de Direcția de Muncă, Familie și Egalitate de Șanse a Municipiului București;

k) pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj, venit lunar de completare sau plăți compensatorii din bugetul asigurărilor de șomaj: actul de identitate valabil la data solicitării, decizia și/sau adeverința eliberate/eliberată de instituțiile care administrează bugetul asigurărilor pentru șomaj sau cuponul mandatului poștal de achitare a drepturilor, talonul de plată prin cont deschis la o unitate bancară din luna anterioară;

l) pentru persoanele care sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane și se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității: adeverința eliberată de instituțiile din subordinea Ministerului Afacerilor Interne, din care să rezulte că se află în această situație;

m) pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu

modificările și completările ulterioare: actul de identitate valabil la data solicitării, declarația pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri impozabile și adevărîța eliberată de primăria localității de domiciliu, din care să rezulte că acestea se încadrează în categoria persoanelor care au dreptul la ajutor social, în condițiile legii;

n) pentru persoanele care au calitatea de pensionari: actul de identitate valabil la data solicitării, cuponul mandatului poștal de achitare a drepturilor, talonul de plată prin cont curent personal deschis la o unitate bancară, din luna anterioară, sau decizia de pensionare, după caz, pentru situația în care nu s-a realizat plata pensiei, decizia asupra capacității de muncă, precum și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri impozabile, altele decât cele realizate din pensii. În cazul pierderii acestor documente sau până la dobândirea lor, calitatea de pensionar poate fi dovedită cu o adevărîță eliberată de instituția plătitoare a pensiei;

o) pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și pentru persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate: adevărîța emisă de instituția respectivă sau de instituția în grija căreia se află persoana;

p) pentru personalul monahal al cultelor recunoscute: actul de identitate valabil la data solicitării, declarația pe propria răspundere din care să rezulte că nu realizează venituri impozabile și adevărîța eliberată de unitățile de cult;

q) pentru persoanele asigurate care realizează venituri din salarii sau a celor asimilate acestora, care sunt supuse impozitului pe venit, așa cum sunt definite în Codul fiscal: actul de identitate valabil la data solicitării și adevărîța de salariat eliberată de angajator, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentele norme metodologice;

r) pentru persoanele fizice cu venituri impozabile: actul de identitate valabil la data solicitării și documentul justificativ că a început plata contribuției în condițiile legii;

s) pentru cetățenii străini prevăzuți la art. 2 alin. (1) lit. b), c), d) și e): documentul de identitate valabil la data solicitării (carte de identitate, pașaport, permisul de ședere), precum și orice alt document justificativ că a început plata contribuției în condițiile legii;

ș) pentru persoanele care nu realizează venituri: actul de identitate valabil la data solicitării, precum și dovada plății contribuției pe ultimele 6 luni și luna curentă, în condițiile legii.

(2) Asiguratul are obligația să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați.

(3) În condițiile în care persoanele beneficiare ale documentului prevăzut la alin. (1) nu mai îndeplinesc una dintre condițiile în baza cărora au beneficiat de asigurarea socială de sănătate fără plata contribuției sau cu plata contribuției din alte surse, valabilitatea documentului justificativ încetează de drept de la acea dată.

(4) Pentru persoanele care se află în incapacitate sau imposibilitate de a se deplasa la casa de asigurări, eliberarea adevărîțelor se face prin corespondență, pe baza documentelor prevăzute la alin. (1) lit. a)-ș), comunicate de aceste persoane în copie.

(5) Casele de asigurări au obligația de a îndeplini orice demers legal potrivit domeniului lor de competență, astfel încât accesul asiguraților la pachetul de servicii medicale de bază să nu fie împiedicat de procesul de eliberare a adevărîțelor de asigurat.

(6) Procesul de eliberare a adevărîțelor care atestă calitatea de asigurat este un proces continuu. Pentru asigurarea accesului liber la pachetul de servicii medicale de bază, persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale

de sănătate pot face dovada calității de asigurat prin accesarea de către furnizorii de servicii medicale, medicamente, îngrijiri la domiciliu și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări a instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS sau pe baza documentelor prevăzute la alin. (1).

(7) Casele de asigurări nu pot solicita alte documente decât cele prevăzute în prezentele norme metodologice.

ART. 13

(1) Documentul prevăzut la art. 12 alin. (1) are următoarea perioadă de valabilitate:

a) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) adeverința este valabilă până la împlinirea vârstei de 18 ani;

b) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. b) adeverința este valabilă pe durata anului școlar sau universitar și 3 luni de la data finalizării acestuia, până la împlinirea vârstei de 26 de ani;

c) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. c) adeverința este valabilă pe durata anului universitar;

d) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. d) adeverința este valabilă până la împlinirea vârstei de 26 de ani;

e) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. f) și g) adeverința este valabilă până la data specificată în documentul justificativ sau până la închiderea categoriei potrivit protocolului încheiat cu instituția la care figurează;

f) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. j), k), l), m), n), o) și p) adeverința este valabilă până la data specificată în documentul justificativ sau până la închiderea categoriei în luna de raportare, efectuată de instituția abilitată cu raportarea;

g) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. e), h) și i) adeverința este valabilă 3 luni de la data emiterii;

h) pentru persoanele prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. q), r) și s) adeverința este valabilă 3 luni de la data emiterii.

(2) Pentru persoanele care nu realizează venituri, adeverința este eliberată în condițiile art. 12 alin. (1) lit. ș) și are valabilitate pe întreaga perioadă în care s-a plătit contribuția, în condițiile legii.

ART. 14

Furnizorii de servicii medicale, medicamente, îngrijiri la domiciliu și dispozitive medicale, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări, acordă serviciile din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care fac dovada calității de asigurat cu documentele prevăzute la art. 11 și art. 12 alin. (1), până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate.

CAP. IV

Dispoziții finale

ART. 15

(1) Persoanele fizice și juridice care au calitatea de angajatori, entitățile asimilate angajatorului și persoanele fizice, după caz, au obligația de a calcula, de a reține și vira contribuția la termenele de plată a contribuției stabilite în conformitate cu prevederile Codului fiscal și obligația depunerii declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate.

(2) În cazul plăților efectuate de persoanele fizice, obligația la fond se consideră plătită la data înscrisă în documentul de plată eliberat de organele fiscale ale ANAF.

(3) Pentru neachitarea la termenul de scadență de către angajatorii și asigurații care au obligația plății contribuției, aceștia datorează după acest termen obligații fiscale accesorii, potrivit prevederilor legale în materie de colectare a creanțelor fiscale.

(4) Persoanele care nu pot face dovada plății contribuției beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale până la plata contribuției în condițiile legii. Diminuarea are loc după 3 luni de la ultima plată a contribuției datorate fondului.

(5) Persoanele prevăzute la alin. (4) care încep să plătească contribuția curentă la fond au dreptul la pachetul de servicii medicale de bază de la data începerii plății contribuției, urmând ca sumele restante să fie recuperate de ANAF, în conformitate cu Codul de procedură fiscală.

(6) În situația în care persoanele care sunt asigurate fără plata contribuției sau cu plata contribuției din alte surse nu mai îndeplinesc condițiile pentru a fi încadrate în una dintre aceste categorii, documentul prevăzut la art. 12 alin. (1) își încetează de drept valabilitatea, iar aceste persoane beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale până la plata contribuției în condițiile legii.

ART. 16

(1) Evidența asiguraților la nivelul caselor de asigurări se realizează pe baza codului numeric personal sau codului unic de identificare din sistemul de asigurări sociale de sănătate, prin Sistemul informatic unic integrat.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), persoanelor străine cărora nu li s-a atribuit codul numeric personal de către organele de specialitate ale Ministerului Afacerilor Interne, dar care trebuie luate în evidență de către casele de asigurări, li se atribuie în acest sens un număr unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

(3) Pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (2) adeverința de asigurat se eliberează pe baza numărului unic de identificare atribuit în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

(4) Numărul de identificare menționat la alin. (2) se compune după următoarea formulă:

- a) cuprinde 13 caractere numerice;
- b) primul caracter este 1, 2, 3 sau 4, în funcție de sexul persoanei și de secol (1 pentru persoane de sex masculin născute înainte de anul 2000, 2 pentru persoane de sex feminin născute înainte de anul 2000, 3 pentru persoane de sex masculin născute după anul 2000, 4 pentru persoane de sex feminin născute după anul 2000);
- c) următoarele două caractere reprezintă ultimele două cifre ale anului de naștere;
- d) următoarele două caractere reprezintă luna nașterii;
- e) următoarele două caractere reprezintă ziua nașterii;
- f) următoarele două caractere reprezintă numărul de identificare al casei de asigurări;
- g) următoarele 3 caractere reprezintă numărul de evidență al persoanei;
- h) ultima cifră reprezintă cifra de control.

Numărul de identificare al casei de asigurări:

T

Codul județului	Județul
53	Alba
54	Arad
55	Argeș
56	Bacău
57	Bihor
58	Bistrița

59	Botoșani
60	Brașov
62	Brăila
63	Buzău
64	Caraș-Severin
65	Cluj
66	Constanța
67	Covasna
68	Dâmbovița
69	Dolj
70	Galați
71	Gorj
72	Harghita
73	Hunedoara
74	Ialomița
75	Iași
76	Giurgiu
77	Maramureș
78	Mehedinți
79	Mureș
81	Neamț
82	Olt
83	Prahova
84	Satu Mare
85	Sălaj
86	Sibiu
87	Suceava
88	Teleorman
89	Timiș

90	Tulcea
91	Vaslui
92	Vâlcea
93	Vrancea
94	Călărași
95	București
96	Ilfov
97	CAS OPSNAJ

ST

Exemplu:

Un cetățean din Republica Ungaria, bărbat și născut la 14 mai 1970, care își desfășoară activitatea la o firmă din România și care nu are domiciliul sau reședința în România, dar contribuie la fond ca urmare a activității desfășurate, trebuie luat în evidență de Casa de Asigurări de Sănătate Arad și va avea un număr de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate după cum urmează: 1700514540011.

ANEXA 1

la normele metodologice

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....

Nr. de înregistrare

ADEVERINȚĂ DE ASIGURAT

Prin prezenta se certifică că domnul/doamna, CNP/CID, act de identitate seria nr., eliberat de la data de, cu domiciliul în, str. nr., bl., ap., sectorul/județul, este asigurat(ă) în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază.

Eventualele sume restante datorate Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se recuperează de Agenția Națională de Administrare Fiscală în condițiile legii, inclusiv accesoriile aplicate asupra creanțelor fiscale.

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de luni de la data emiterii.

Valabilitatea prezentei adeverințe încetează de drept de la data la care persoana mai sus menționată nu mai îndeplinește una dintre condițiile în baza cărora beneficia de asigurarea de sănătate.

Președinte - director general,

.....

ANEXA 2

la normele metodologice

Denumirea angajatorului
Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoană fizică)
Nr. de înregistrare la registrul comerțului

Nr. de înregistrare din data de

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna, CNP, act de identitate seria nr., eliberat de la data de, cu domiciliul în, str. nr., bl., ap., sectorul/județul, are calitatea de salariat începând cu data de și i s-a reținut și virat lunar contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Persoana mai sus menționată figurează în evidențele noastre cu următorii coasigurați (soț/soție, părinți, aflați în întreținere):

1. Nume, prenume, CNP
2. Nume, prenume, CNP
3. Nume, prenume, CNP

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 3 luni de la data emiterii.

În ultimele 12 luni persoana a beneficiat de un număr de zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință sunt corecte și complete.

Reprezentant legal,
.....