



ÎNTREBĂRI FRECVENTE

*pentru o bună informare a
pacienților cu privire la
asistența medicală t
ransfrontalieră¹*

Întrebări frecvente

pentru o bună informare a pacienților cu privire la asistența medicală transfrontalieră¹

Pacient intern*

Atât **Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială***, cât și **Directiva 2011/24/UE*** acordă dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul medical* în orice alt stat membru din UE*/SEE*. Gama de servicii de asistență medicală acoperite, condițiile de accesare a tratamentului medical*, precum și implicațiile financiare vor fi diferite în funcție de schema în baza căreia pacientul va beneficia de tratament în străinătate. Drept urmare, este foarte important ca pacienții să fie informați în mod adecvat cu privire la consecințele diferite ale tratamentului primit în baza unuia dintre cele două pachete juridice ale UE.

Punctele de contact naționale* (PCN) au atribuția de a informa pacienții cu privire la drepturile lor la asistență medicală transfrontalieră* în altă țară din UE*/SEE*. În plus, PCN sunt obligate să informeze pacienții cu privire la prioritatea Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009* privind sistemele de securitate socială atunci când sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea autorizării prealabile prevăzute în domeniul de aplicare al acestora. Prin urmare, pentru a-și putea îndeplini atribuția de informare a pacienților, este foarte important ca PCN să cunoască foarte bine diferențele dintre Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială și Directiva 2011/24/UE.

Următorul model de întrebări frecvente poate fi utilizat de PCN pe site-ul lor internet sau ca punct de pornire pentru consilierea personală și informarea pacienților interni cu privire la drepturile pacienților la asistență medicală transfrontalieră* atât în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*, cât și al Directivei 2011/24/UE*.

Vă invităm să copiați, parțial sau în totalitate, formularea de mai jos, pentru a o folosi pe site-ul internet al PCN din țara dumneavoastră sau în comunicarea cu pacienții.

Declinarea responsabilității

Prezentul document a fost elaborat în cadrul Programului în domeniul sănătății (2014-2020), în baza unui contract specific cu Agenția Executivă pentru Consumatori, Sănătate, Agricultură și Alimente (CHAFEA), care a acționat în baza mandatului Comisiei Europene. Conținutul prezentului raport reprezintă opiniile contractantului, care își asumă în întregime responsabilitatea; acest conținut nu poate fi interpretat în niciun mod ca reflectând opiniile Comisiei Europene și/sau ale CHAFEA sau ale oricărui alt organism al Uniunii Europene. Comisia Europeană și/sau CHAFEA nu garantează pentru acuratețea datelor incluse în prezentul raport și nici nu acceptă responsabilitatea pentru utilizarea acestuia de

¹ Definițiile și explicațiile corespunzătoare sunt prezentate în ordine alfabetică în glosar pentru fiecare concept sau cuvânt urmat de asterisc (*) din prezenta secțiune de întrebări frecvente.

Prezentare generală

Drepturile pacienților la asistență medicală transfrontalieră
Ce se înțelege prin dreptul european la asistență medicală transfrontalieră*?
Care este cadrul juridic pentru asistența medicală transfrontalieră* în temeiul legislației UE?
Ce este Directiva 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacienților?
Ce sunt Regulamentele privind sistemele de securitate socială?
Dispun de alte posibilități de a primi beneficia de tratament în afara cadrului juridic al Directivei 2011/24/UE și al Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*?
Am dreptul la asistență medicală transfrontalieră?
În ce țări pot merge pentru a beneficia de tratament?
Tratament de urgență în timpul șederii mele în străinătate, de exemplu în timpul unei vacanțe, unei vizite a familiei, unei călătorii de afaceri sau în timpul studiilor
Ce se întâmplă în cazul unei îmbolnăviri sau vătămări subite în timpul șederii mele în străinătate?
Ce se înțelege prin tratament necesar din punct de vedere medical*?
Ce se întâmplă în cazul în care știu că există posibilitatea să am nevoie de tratament în timpul șederii mele în străinătate din cauza bolii cronice de care sufăr sau a sarcinii?
Ce este cardul european de asigurări sociale de sănătate*?
Când îmi pot folosi cardul european de asigurări sociale de sănătate*?
Ce tratament va fi acoperit de cardul european de asigurări sociale de sănătate*?
Ce se întâmplă în cazul în care am uitat să iau cu mine sau nu pot utiliza cardul european de asigurări sociale de sănătate*?
Va trebui să plătesc eu însumi pentru tratamentul în străinătate sau cheltuielile vor fi rambursate direct de casa mea națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*?
La ce sumă acoperită voi avea dreptul?
Ce cheltuieli pot fi rambursate?
Unde găsesc informații privind modul în care să depun cererea de rambursare?
Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt de acord cu decizia casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* în ceea ce privește cererea mea de rambursare?
Am nevoie de o asigurare privată de călătorie sau de o asigurare de sănătate privată/suplimentară?
Ce servicii medicale vor fi acoperite de asigurarea mea privată?
Cum știu pe cine ar trebui să contactez și la ce furnizor de asistență medicală sau spital să merg în cazul unei îmbolnăviri sau vătămări subite în străinătate?
Asistența medicală în străinătate (tratament planificat în străinătate)
Am dreptul să solicit tratament în străinătate?
Care sunt diferențele dintre tratamentul în străinătate primit în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială* și cel primit în temeiul Directivei 2011/24/UE*?
Ce tip de tratament pot solicita în străinătate?
Telemedicina* este, de asemenea, acoperită?
Ce se înțelege prin <i>autorizare prealabilă</i> *?
Am întotdeauna nevoie de o autorizare prealabilă* din partea casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* înainte de a pleca în străinătate?
Am libertatea de a alege să depun o cerere pentru autorizarea prealabilă* în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială* sau al Directivei 2011/24/UE*?
Unde găsesc informații privind modul în care să depun o cerere pentru autorizarea prealabilă*?

Ce instituție este responsabilă de acordarea autorizării prealabile*?
Ce se întâmplă în cazul în care primesc tratament în străinătate fără a obține mai întâi autorizarea prealabilă* necesară?
Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt de acord cu decizia casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* în ceea ce privește cererea mea de autorizare prealabilă*?
Am nevoie de trimitere înainte de a putea accesa tratamentul în străinătate?
Va trebui să plătesc eu însumi pentru tratament?
La ce sumă acoperită voi avea dreptul?
Unde găsesc informații privind prețurile tratamentului pe care doresc să îl primesc?
Ce cheltuieli pot fi rambursate?
Unde găsesc informații privind modul în care să depun cererea de rambursare?
Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt de acord cu decizia casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* în ceea ce privește cererea mea de rambursare?
Cum mă informez cu privire la posibilitățile de tratament în străinătate?
Cum știu ce furnizor de asistență medicală să contactez în străinătate?
Calitate și siguranță
Unde găsesc informații privind calitatea tratamentului în altă țară?
Unde găsesc mai multe informații privind un furnizor de asistență medicală sau un spital specific din străinătate?
Fișa medicală și limba
Unde găsesc mai multe informații privind limba tratamentului în altă țară?
Cum aranjez transferul fișei mele medicale în străinătate?
Îngrijire post-tratament
Ce se întâmplă în cazul în care am nevoie de îngrijiri în urma tratamentului primit în străinătate?
Plângeri și despăgubiri
Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt mulțumit de tratamentul primit în străinătate sau în cazul în care apar probleme?
Unde găsesc mai multe informații privind posibilitățile de care dispun pentru a depune o plângere și a solicita despăgubiri?
Prescripția în străinătate
Pot să prezint la o farmacie din străinătate prescripțiile eliberate de furnizorul de asistență medicală curant din țara mea de origine?
Voi mai avea dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru medicamentele prescrise în cazul în care le cumpăr în străinătate?
Puncte de contact naționale
Ce sunt punctele de contact naționale?
Cum contactez un punct de contact național?
Boli rare
De ce posibilități dispun pentru a beneficia de un tratament nou sau alternativ în străinătate, care nu este disponibil în țara mea de origine*?
Ce sunt Rețelele europene de referință?
Unde găsesc informații privind organizațiile de pacienți în altă țară?
Reședința în străinătate
Ce se întâmplă cu asigurarea mea de securitate socială în cazul în care intenționez să mă stabilesc în străinătate?

Cine are dreptul să acorde autorizarea prealabilă pentru asistența medicală transfrontalieră atunci când locuiesc în afara țării în care am asigurare de securitate socială?

Am dreptul la asistență medicală în timpul unei șederi înapoi în țara în care am asigurare de securitate socială?

Ce punct de contact național ar trebui să contactez pentru mai multe informații? Punctul de contact național din țara în care am asigurare de securitate socială sau punctul de contact național din țara mea de reședință?

① Drepturile pacienților la asistență medicală transfrontalieră

1.1. Definiție și cadru juridic pentru asistența medicală transfrontalieră

Ce se înțelege prin dreptul european la <i>asistență medicală transfrontalieră</i>?
<p>În temeiul legislației UE, asistența medicală transfrontalieră* (adesea denumită „tratament în străinătate”) poate fi definită drept asistența medicală primită în afara țării de origine* a pacientului, dar în altă țară din UE*/SEE*, fără obligația unei frontiere geografice comune între cele două țări.</p> <p>În calitate de cetățean al UE*/SEE*, aveți dreptul la asistență medicală transfrontalieră*, adică „dreptul de a accesa un diagnostic și un tratament medical, precum și prescripția, scutirea și furnizarea de medicamente și dispozitive medicale în orice țară din UE*/SEE*, și de a beneficia de rambursarea cheltuielilor de către țara dumneavoastră de origine*”. Prin urmare, veți avea dreptul la nediscriminare pe baza cetățeniei dumneavoastră în ceea ce privește accesul la asistență medicală în Europa și prețurile acestei asistențe medicale.</p>
Care este cadrul juridic pentru asistența medicală transfrontalieră* în temeiul legislației UE?
<p>În temeiul legislației UE, există două modalități posibile pentru accesarea asistenței medicale transfrontaliere* și rambursarea cheltuielilor în cadrul sistemului dumneavoastră de securitate socială:</p> <ul style="list-style-type: none">• Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*;• Directiva 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere*. <p>Cele două instrumente juridice se aplică în concordanță cu situația tratamentului în străinătate. Prin urmare, aveți libertatea de a alege modalitatea în baza căreia preferați să vă exercitați drepturile la asistență medicală transfrontalieră*.</p> <p>Totuși, asigurați-vă că sunteți bine informat cu privire la principiile diferite ale celor două instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none">• În temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, aveți dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul primit în străinătate <i>ca și cum ați fi asigurat în sistemul de securitate socială din țara în care beneficiați de tratament</i>*.• În temeiul Directivei 2011/24/UE*, aveți dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul primit în străinătate <i>ca și cum tratamentul ar fi fost furnizat în țara dumneavoastră de origine</i>*. <p>Aceste puncte de pornire diferite conduc la diferențe la nivelul gamei de servicii de asistență medicală acoperite, al condițiilor de accesare a tratamentului medical, precum și al implicațiilor financiare ale celor două modalități.</p>
Ce este Directiva 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacienților?
<p>Directiva 2011/24/UE din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere* oferă fiecărui cetățean din UE*/SEE* <i>noi posibilități de accesare a asistenței medicale în străinătate</i> și de rambursare totală sau parțială a cheltuielilor medicale, în plus față de posibilitățile deja existente în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*. În plus,</p> <ul style="list-style-type: none">• Directiva 2011/24/UE* <i>facilitează accesul la informații</i> privind toate aspectele relevante ale asistenței medicale transfrontaliere*, de exemplu, obligând statele membre să înființeze puncte

de contact naționale* (PCN*) în scopul punerii la dispoziția pacienților a unor informații clare și ușor de accesat.

- Directiva 2011/24/UE* prevede un *set minim de drepturi ale pacienților*, menit a consolida poziția juridică a pacienților mobili și a asigura o asistență medicală sigură și de înaltă calitate în străinătate și proceduri transparente pentru plângeri și despăgubiri în cazul în care apar probleme.
- Directiva 2011/24/UE* încurajează *cooperarea între țări* (de exemplu, prin instituirea Rețelelor europene de referință* sau prin serviciile de e-sănătate) pentru a oferi pacienților care au nevoie de tratament specializat sau pacienților care suferă de boli rare posibilitatea de a alege dintr-o gamă mai largă de furnizori de asistență medicală și de a accesa mai ușor un tratament specializat în străinătate.

În temeiul Directivei 2011/24/UE*, pacienții au dreptul de a accesa asistența medicală în orice țară din UE*/SEE* și de a beneficia de rambursarea cheltuielilor ca și cum tratamentul ar fi fost furnizat în țara de origine* a pacientului.

În consecință, în cazul unui tratament în străinătate primit în temeiul Directivei 2011/24/UE*, va trebui să plătiți pentru tratament în avans, la furnizorul de asistență medicală. Ulterior, aveți dreptul la rambursarea retrospectivă* de către casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* atunci când reveniți în țara de origine, în conformitate cu normele și tarifele aplicabile pentru tratamentul național furnizat în țara dumneavoastră de origine*.

Directiva 2011/24/UE se aplică numai în cazul în care tratamentul pe care îl primiți în străinătate este acoperit în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine*. În cazul în care tratamentul nu este acoperit de asigurarea publică de sănătate pe care o dețineți, nu aveți dreptul la rambursare* atunci când beneficiați de tratamentul respectiv în străinătate. Totuși, în cazul în care tratamentul este inclus în gama de prestații în caz de boală acoperite de sistemul de securitate socială, aveți dreptul și la rambursare* atunci când beneficiați de tratament în străinătate, indiferent dacă tratamentul a fost oferit de un furnizor public de asistență medicală* sau de un furnizor privat de asistență medicală*.

Asistența medicală transfrontalieră în Elveția* nu este acoperită în temeiul Directivei 2011/24/UE*.

Ce sunt Regulamentele privind sistemele de securitate socială?

Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială* includ:

- Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;
- Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială (cunoscut, de asemenea, drept *Regulamentul de punere în aplicare*).

Regulamentele privind sistemele de securitate socială vizează să coordoneze sistemele de securitate socială și să asigure protecția cetățenilor din UE*/SEE* sau din Elveția* atunci când se mută sau călătoresc în altă țară din UE*/SEE* sau în Elveția*. Regulamentele prevăd o gamă largă de posibilități de accesare a tratamentului în afara țării de origine a pacientului:

- tratament necesar din punct de vedere medical în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate* în timpul unei șederi pe termen scurt în străinătate, precum o vacanță, călătorie de afaceri, vizită a familiei etc. (denumit, de asemenea, *tratament neplanificat*);
- solicitarea de asistență medicală în străinătate cu autorizarea prealabilă* (formularul S2*) a casei naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate* a/al pacientului (denumit, de asemenea, *tratament planificat*);

- aranjamente permanente speciale pentru lucrătorii detașați, lucrătorii frontalieri și pensionarii care locuiesc în afara țării în al cărei sistem de securitate socială sunt asigurați.

În temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, pacienții au dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul primit în străinătate *ca și cum ar fi asigurați în sistemul de securitate socială din țara în care beneficiază de tratament**.

Veți avea dreptul la asistența medicală furnizată în cadrul sistemului de securitate socială din țara pe care o vizitați la simpla prezentare a certificatului care face dovada asigurării în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine: cardul european de asigurări sociale de sănătate* pentru tratamentul neplanificat și formularul european S2* pentru tratament planificat.

Regulamentele privind sistemele de securitate socială* se aplică tuturor tipurilor de asistență medicală incluse în gama de prestații în caz de boală acoperite de sistemul de securitate socială din țara în care se beneficiază de tratament*. Prin urmare, puteți beneficia de tratament dincolo de gama de servicii acoperite de asigurarea publică de sănătate din țara dumneavoastră de origine*.

Veți beneficia de rambursarea cheltuielilor în conformitate cu metoda de plată și tarifele aplicate în țara în care beneficiați de tratament*. Astfel, în majoritatea cazurilor, veți beneficia de tratament gratuit (plată din partea unui terț*), uneori combinat cu o sumă limitată aferentă coplății*. Însă, în cazul în care trebuie să plătiți toate cheltuielile pentru tratament în avans, puteți depune o cerere de rambursare* retroactivă fie la autoritatea locală în domeniul securității sociale, când încă sunteți în străinătate, fie la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* la revenirea în țara dumneavoastră de origine. În oricare dintre aceste situații, se vor aplica tarifele de rambursare* din țara în care beneficiați de tratament*.

În unele cazuri, pacienții pot beneficia de asistență medicală în străinătate în baza unui aranjament permanent:

(! Membrii familiei unui lucrător frontalier care locuiesc într-o țară inclusă pe lista din anexa III la Regulamentul 883/2004 sunt excluși de la aranjamentele speciale indicate mai jos.)*

- lucrătorii (detașați), inclusiv lucrătorii frontalieri*, care locuiesc în altă țară decât țara în care își desfășoară activitatea profesională și sunt asigurați în sistemul de securitate socială au dreptul la asistență medicală cu ocazia șederii în țara în care își desfășoară activitatea profesională pe cheltuiala țării respective și în conformitate cu legislația proprie a acesteia, ca și cum persoana vizată ar locui în această țară;
- pensionarii care locuiesc în afara țării în al cărei sistem de securitate socială sunt asigurați pot avea dreptul la asistență medicală cu ocazia șederii în țara în care sunt asigurați în sistemul de securitate socială pe cheltuiala țării respective și în conformitate cu legislația acesteia, ca și cum persoana vizată ar locui în țara respectivă (se aplică numai atunci când țara în care persoana este asigurată în sistemul de securitate socială a optat pentru acest aranjament și este inclusă în anexa IV la Regulamentul nr. 883/2004*);
- lucrătorii frontalieri pensionați își păstrează dreptul la tratament în ultima țară în care și-au desfășurat activitatea profesională, în măsura în care acesta este o continuare a tratamentului deja început în timpul desfășurării activității profesionale. În unele cazuri, lucrătorul frontalier pensionat își va păstra dreptul la asistență medicală în țara în care și-a desfășurat anterior activitatea profesională, indiferent dacă își continuă tratamentul sau nu, pe cheltuiala țării respective și în conformitate cu legislația proprie a acesteia, ca și cum persoana vizată ar locui în această țară. Acesta este cazul în care persoana a lucrat cel puțin doi ani ca lucrător frontalier în ultimii cinci ani care precedă data efectivă a pensionării sale și atât statul membru în care și-a desfășurat anterior activitatea profesională, cât și țara în care este asigurată în sistemul de securitate socială au optat pentru această posibilitate și sunt incluse în anexa V la Regulamentul (CE) nr. 883/2004*.

Dispun de alte posibilități de a primi beneficia de tratament în afara cadrului juridic al Directivei 2011/24/UE și al Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*?

Întrucât securitatea socială rămâne în competența statelor membre, este posibil să aveți dreptul și la asistență medicală transfrontalieră* care derivă exclusiv din legislația națională, de exemplu în cazul proiectelor naționale de asistență medicală pentru regiunile frontaliere.

Contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* pentru informații cu privire la toate opțiunile diferite de care dispuneți pentru accesarea asistenței medicale în străinătate.

1.2. Cine are dreptul la asistență medicală transfrontalieră? Ce țări sunt acoperite?

Am dreptul la asistență medicală transfrontalieră?

Regulamentele privind sistemele de securitate socială* se aplică în cazul:

- resortisanților, apatrizilor și refugiaților care locuiesc într-o țară din UE*/SEE* sau în Elveția, care fac sau au făcut obiectul legislației privind securitatea socială din una sau mai multe dintre aceste țări, precum și membrilor familiilor lor și urmașilor lor;
- resortisanților din țări din afara UE*/SEE*, care locuiesc în mod legal într-o țară din UE*/SEE* sau în Elveția*, cu excepția resortisanților din țări din afara UE*/SEE* care locuiesc în Danemarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția.

Directiva 2011/24/UE* se aplică în cazul:

- resortisanților, apatrizilor și refugiaților care locuiesc într-o țară din UE*/SEE* și care fac sau au făcut obiectul legislației privind securitatea socială din una sau mai multe dintre aceste țări, precum și membrilor familiilor lor și urmașilor lor;
- resortisanților din țări din afara UE*/SEE*, care locuiesc în mod legal într-o țară din UE*/SEE*, inclusiv resortisanților din țări din afara UE*/SEE* care locuiesc în Danemarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția.

În ce țări pot merge pentru a beneficia de tratament?

În temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială, puteți accesa asistența medicală în orice țară din UE*/SEE* sau în Elveția*.

În temeiul Directivei 2011/24/UE*, puteți accesa asistență medicală în orice țară din UE*/SEE*. Directiva nu se aplică totuși asistenței medicale transfrontaliere în Elveția.

② **Tratament de urgență în timpul șederii mele în străinătate, de exemplu în timpul unei vacanțe, unei vizite a familiei, unei călătorii de afaceri sau în timpul studiilor**

2.1. Îmbolnăvire sau vătămare subită în timpul unei vizite în străinătate

Ce se întâmplă în cazul unei îmbolnăviri sau vătămări subite în timpul șederii mele în străinătate?

În cazul unei îmbolnăviri sau vătămări în timpul șederii dumneavoastră în străinătate, de exemplu ca urmare a unui accident de schi, a unui accident rutier sau a unei căderi regretabile, veți avea dreptul la tratament necesar din punct de vedere medical* și veți beneficia de rambursarea cheltuielilor în temeiul asigurării în sistemul de securitate socială/drepturilor la servicii medicale publice în țara dumneavoastră de origine*.

Cea mai uzuală modalitate de a beneficia de rambursarea cheltuielilor este prezentarea cardului dumneavoastră european de asigurări sociale de sănătate* la furnizorul de asistență medicală curant din străinătate. Cardul dumneavoastră european de asigurări sociale de sănătate* este un card gratuit, eliberat de casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* ca dovadă a faptului că sunteți acoperit în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine*.

La simpla prezentare a cardului dumneavoastră european de asigurări sociale de sănătate*, veți avea dreptul la tratamentul necesar din punct de vedere medical* în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*: veți avea dreptul la asistență medicală *ca și cum ați fi asigurat în sistemul de securitate socială din țara pe care o vizitați* (și, astfel, ca și cum ați fi pacient local cu o asigurare publică de sănătate). Veți beneficia de rambursarea cheltuielilor în conformitate cu metoda de plată și tarifele aplicate în țara pe care o vizitați. În consecință, în majoritatea cazurilor, veți beneficia de tratament gratuit (plată din partea unui terț*), uneori combinat cu o sumă limitată aferentă coplății*. Însă, în cazul în care trebuie să plătiți toate cheltuielile pentru tratament în avans, puteți depune o cerere de rambursare* retroactivă fie la autoritatea locală în domeniul securității sociale când încă sunteți în străinătate, fie la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* la revenirea în țara dumneavoastră de origine. În oricare dintre aceste situații, se vor aplica tarifele de rambursare* din țara în care beneficiați de tratament*.

Vă rugăm să rețineți faptul că vă puteți utiliza cardul european de asigurări sociale de sănătate* numai când sunteți tratat într-un spital public sau de către un furnizor public de asistență medicală*. Asistența medicală oferită de un furnizor privat de asistență medicală* sau într-un spital privat nu este, de obicei, acoperită, cu excepția cazurilor în care furnizorul privat de asistență medicală sau spitalul privat are un contract cu sistemul de securitate socială/este afiliat sistemului de securitate socială și are dreptul să furnizeze serviciile acoperite de legislația privind securitatea socială.

Dacă beneficiați de tratament fără a deține un card european de asigurări sociale de sănătate* valid sau dacă nu vă puteți utiliza cardul, de exemplu pentru că primiți tratament într-un spital privat, veți fi tratat ca pacient privat. În acest caz, fie plătiți personal pentru tratament, fie puteți depune o cerere de rambursare* în temeiul Directivei 2011/24/UE*.

În temeiul Directivei 2011/24/UE, veți avea dreptul la rambursare* retroactivă de către casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* atunci când reveniți în țara de origine, în conformitate cu normele și tarifele aplicabile pentru tratamentul local furnizat în țara dumneavoastră de origine*.

Totuși, ar trebui să știți că Directiva 2011/24/UE* se aplică numai în cazul în care tratamentul pe care îl primiți în străinătate este acoperit în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine*. În cazul în care tratamentul nu este acoperit de asigurarea publică de sănătate pe care o dețineți, nu aveți dreptul la rambursare* atunci când beneficiați de tratamentul respectiv în străinătate. Totuși, în cazul în care tratamentul este inclus în gama de prestații în caz de boală acoperite de sistemul de securitate socială, aveți dreptul și la rambursare* atunci când beneficiați de tratament în străinătate, indiferent dacă tratamentul a fost oferit de un furnizor public de asistență medicală* sau de un furnizor privat de asistență medicală*.

Vă rugăm să rețineți faptul că asistența medicală transfrontalieră* în Elveția* nu este acoperită în temeiul Directivei 2011/24/UE*.

Contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate*sau punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine* pentru informații suplimentare.

Ce se înțelege prin *tratament necesar din punct de vedere medical*?

Tratamentul necesar din punct de vedere medical* este tratamentul cauzat de o îmbolnăvire sau vătămare subită în timpul unei vizite pe termen scurt în străinătate, precum o vacanță, o călătorie de afaceri, o vizită de familie sau studii, care nu poate fi amânat și pe care trebuie să îl obțineți pentru a evita o întoarcere forțată în țara dumneavoastră de origine înainte de încheierea perioadei planificate a șederii dumneavoastră. Tratamentul nu poate constitui în niciun caz motivul inițial al șederii dumneavoastră în străinătate.

Tratamentul necesar din punct de vedere medical*, denumit de asemenea, tratament neplanificat* în străinătate, este opusul situației în care călătoriți în străinătate cu scopul explicit al accesării asistenței medicale, situație cunoscută, de asemenea, sub denumirea de tratament planificat* în străinătate:

- **Tratament neplanificat***: aveți nevoie de tratament necesar din punct de vedere medical* din cauza unei îmbolnăviri sau vătămări subite apărute când sunteți în străinătate, de exemplu în timpul unei vacanțe, al unei călătorii de afaceri, vizite de familie sau pe durata studiilor.
- **Tratament planificat***: tratamentul în străinătate reprezintă motivul șederii dumneavoastră în străinătate.

Numai tratamentul necesar din punct de vedere medical* va fi acoperit de cardul european de asigurări sociale de sănătate*.

Ce se întâmplă în cazul în care știu că există posibilitatea să am nevoie de tratament în timpul șederii mele în străinătate din cauza bolii cronice de care sufăr sau a sarcinii?

Cardul european de asigurări sociale de sănătate* acoperă, de asemenea, situația în care suferiți de o boală cronică (precum diabet, astm, cancer sau insuficiență renală cronică) sau sunteți însărcinată și știți dinainte că există posibilitatea să aveți nevoie de tratament medical* pe durata șederii dumneavoastră în străinătate. Câtă vreme scopul expres al călătoriei dumneavoastră nu a fost acela de a accesa tratament medical*, de exemplu de naște sau de a beneficia de tratament pentru sarcină sau o boală cronică, acesta va fi considerat drept tratament necesar din punct de vedere medical* în conformitate cu Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*.

Rețineți că, pentru îngrijiri vitale care necesită echipamente sau personal specializat, trebuie să obțineți acordul prealabil al spitalului sau instituției medicale unde doriți să primiți tratamentul. În acest mod, instituția străină poate asigura disponibilitatea și continuitatea tratamentului dumneavoastră în timpul șederii dumneavoastră în străinătate. Exemple de astfel de tratamente sunt dializa renală, oxigenoterapia, tratamentul special pentru astm și chimioterapia.

2.2. Cardul european de asigurări sociale de sănătate

Ce este cardul european de asigurări sociale de sănătate*?

Cardul dumneavoastră european de asigurări sociale de sănătate* (CEASS*) este un card gratuit, eliberat de casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* ca dovadă a faptului că sunteți acoperit în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de

origine* și, astfel, aveți dreptul la asistență medicală publică. CEASS* vă oferă acces la rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul necesar din punct de vedere medical* în timpul unei șederi pe termen scurt în altă țară din UE*/SEE* sau în Elveția*, de exemplu în timpul unei vacanțe sau al studiilor, în aceleași condiții și la aceleași costuri (gratuit în majoritatea țărilor) precum pacienților locali cu o asigurare publică de sănătate în cadrul sistemului de securitate socială din țara respectivă [și anume, asistență medicală transfrontalieră* în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*].

- Puteți solicita cardul european de asigurări sociale de sănătate* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate*.
- Cardul se eliberează gratuit.
- Fiecare membru al familiei ar trebui să dețină propriul card.

Vă rugăm să rețineți faptul că vă puteți utiliza cardul european de asigurări sociale de sănătate* numai când sunteți tratat într-un spital public sau de către un furnizor public de asistență medicală*. Asistența medicală oferită de un furnizor privat de asistență medicală* sau într-un spital privat nu este, de obicei, acoperită, cu excepția cazurilor în care furnizorul privat de asistență medicală sau spitul privat are un contract cu sistemul de securitate socială/este afiliat sistemului de securitate socială și are dreptul să furnizeze serviciile acoperite de legislația privind securitatea socială.

În plus, resortisanții din afara UE*/SEE* care locuiesc în mod legal într-o țară din UE*/SEE* nu își pot utiliza cardul european de asigurări sociale de sănătate* pentru tratamente neplanificate* în timpul unei șederi temporare în Danemarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția.

Pentru informații suplimentare privind cardul european de asigurări sociale de sănătate* și modul de utilizare a acestuia în diferitele state membre ale UE*/SEE* sau în Elveția*, vă rugăm să contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* ori să descărcați aplicația gratuită EHC* a Comisiei Europene (*European Health Insurance Card Mobile App – disponibilă în 25 de limbi*).

Când îmi pot folosi cardul european de asigurări sociale de sănătate*?

- Cardul european de asigurări sociale de sănătate* poate fi utilizat numai în cazul unui tratament necesar din punct de vedere medical* în timpul unei șederi temporare (vacanță, călătorie de afaceri etc.) în altă țară din UE*/SEE* sau în Elveția*.
- Cardul european de asigurări sociale de sănătate* acoperă numai asistența medicală oferită într-un spital public sau de către un furnizor public de asistență medicală*. Asistența medicală oferită de un furnizor privat de asistență medicală* sau într-un spital privat nu este, de obicei, acoperită, cu excepția cazurilor în care furnizorul privat de asistență medicală sau spitul privat are un contract cu sistemul de securitate socială/este afiliat sistemului de securitate socială și are dreptul să furnizeze serviciile acoperite de legislația privind securitatea socială.
- În plus, cardul european de asigurări sociale de sănătate* va acoperi numai costurile tratamentului medical* în cazul în care tratamentul respectiv este inclus în gama de prestații în caz de boală acoperite de legislația privind securitatea socială din țara pe care o vizitați.
- Numai un card european de asigurări sociale de sănătate* valid va fi acceptat de către furnizorul de asistență medicală din străinătate. Atunci când planificați să călătoriți în străinătate, asigurați-vă întotdeauna că solicitați cardul cu suficient timp înainte de plecare. Dacă este nevoie, asigurați-vă că acest card este reînnoit în timp util.

Vă rugăm să rețineți faptul că resortisanții din afara UE*/SEE* care locuiesc în mod legal într-o țară din UE*/SEE* nu își pot utiliza cardul european de asigurări sociale de sănătate* pentru tratamente neplanificate* în timpul unei șederi temporare în Danemarca, Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția.

Ce tratament va fi acoperit de cardul european de asigurări sociale de sănătate*?
<p>Cardul european de asigurări sociale de sănătate* acoperă numai tratamentul necesar din punct de vedere medical* (tratamentul neplanificat*) care este acoperit în sistemul de securitate socială din țara pe care o vizitați și care este oferită de un furnizor public de asistență medicală*.</p> <p>În general, tratamentul oferit de un furnizor privat de asistență medicală/într-un spital privat nu va fi acoperit, cu excepția cazurilor în care furnizorul privat de asistență medicală sau spitalul privat are un contract cu sistemul de securitate socială/este afiliat sistemului de securitate socială și are dreptul să furnizeze serviciile acoperite de legislația privind securitatea socială.</p>
Ce se întâmplă în cazul în care am uitat să iau cu mine sau nu pot utiliza cardul european de asigurări sociale de sănătate*?
<p>Dacă aveți nevoie de un tratament urgent, dar ați uitat să luați cu dumneavoastră cardul european de asigurări sociale de sănătate* sau cardul dumneavoastră nu este acceptat de furnizorul de asistență medicală curant din străinătate, contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara dumneavoastră de origine cât de curând posibil. Aceștia ar putea fi în măsură să transmită instituțiilor locale dovada acoperirii dumneavoastră în sistemul de securitate socială, pentru a evita să fiți obligat să plătiți pe loc.</p> <p>În cazul în care cardul dumneavoastră tot nu este acceptat, ați putea soluționa problema cu ajutorul SOLVIT. SOLVIT reamintește autorităților care sunt drepturile dumneavoastră în UE și colaborează cu aceste autorități pentru a soluționa problema. Pentru mai multe informații, consultați pagina de internet a SOLVIT: www.ec.europa.eu/solvit</p> <p>În cazul în care beneficiați de tratament fără a deține un card european de asigurări sociale de sănătate* valid sau dacă nu vă puteți utiliza cardul, de exemplu pentru că primiți tratament într-un spital privat, veți fi tratat ca pacient privat. În acest caz, fie plătiți personal pentru tratament, fie puteți depune o cerere de rambursare* în temeiul <i>Directivei 2011/24/UE*</i>.</p> <p>În temeiul <i>Directivei 2011/24/UE*</i>, aveți dreptul să solicitați rambursarea* pentru cheltuielile medicale suportate în străinătate în aceleași condiții și la aceleași tarife ca și cum tratamentul ar fi fost furnizat în țara dumneavoastră de origine*.</p> <p><i>Directiva 2011/24/UE*</i> se aplică, de asemenea, asistenței medicale furnizate într-un spital privat sau de către un furnizor privat de asistență medicală* care nu are un contract cu sistemul de securitate socială/nu este afiliat acestuia. Câtă vreme tratamentul în cauză este acoperit de sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine, aveți dreptul la rambursare* atunci când primiți tratamentul în oricare dintre țările UE*/SEE*, indiferent dacă este oferit de un furnizor public de asistență medicală* sau de un furnizor privat de asistență medicală*.</p> <p>Principiile-cheie ale <i>Directivei 2011/24/UE*</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aveți dreptul numai la tratamente care sunt acoperite în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine*. • Inițial, plătiți toate cheltuielile în avans*. • Când reveniți în țara de origine, puteți depune o cerere de rambursare* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*. • Cheltuielile dumneavoastră medicale vă vor fi rambursate la o valoare egală cel mult cu suma care v-ar fi fost rambursată în cazul în care ați fi primit tratamentul în țara dumneavoastră de origine. <p>Vă rugăm să rețineți faptul că asistența medicală transfrontalieră* în <u>Elveția*</u> nu este acoperită în</p>

temeiul Directivei 2011/24/UE*.

2.3. Ce se întâmplă cu cheltuielile pentru tratamentul pe care l-am primit?

Va trebui să plătesc eu însumi pentru tratamentul în străinătate sau cheltuielile vor fi rambursate direct de casa mea națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*?

Rambursarea directă a cheltuielilor tratamentului de către casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* (plată din partea unui terț*) sau obligația de a plăti în avans toate cheltuielile și de a solicita ulterior rambursarea* acestora depinde de modalitatea în care ați primit tratamentul necesar din punct de vedere medical*, și anume în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate* sau în temeiul Directivei 2011/24/UE*, de exemplu în cazul în care ați fost tratat într-un spital privat.

- În temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*, metoda de plată va depinde de sistemul utilizat în țara în care pacientul beneficiază de tratament*. Întrucât sunteți tratat ca și cum ați fi asigurat în sistemul de securitate socială din țara în care beneficiați de tratament*, vă veți bucura de aceleași drepturi privind metoda de plată precum un pacient local care deține o asigurare publică de sănătate. Există două posibilități:
 - ❖ tratamentul de care aveți nevoie este gratuit (situație frecventă), uneori combinat cu o sumă limitată aferentă coplății*, caz în care cheltuielile vor fi decontate direct între furnizorul de asistență medicală și autoritatea în domeniul securității sociale din țara în care beneficiați de tratament. Autoritatea străină va lua atunci automat legătura cu casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara dumneavoastră de origine pentru a obține rambursarea, fără ca dumneavoastră să trebuiască să luați măsuri;
 - ❖ trebuie să plătiți toate cheltuielile pentru tratament și să depuneți ulterior o cerere de rambursare* fie la autoritatea locală în domeniul securității sociale când încă sunteți în străinătate, fie la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* la revenirea în țara dumneavoastră de origine. În oricare dintre aceste situații, se vor aplica tarifele de rambursare* din țara în care beneficiați de tratament*.
- În temeiul Directivei 2011/24/UE*, va trebui întotdeauna să efectuați o plată în avans pentru tratamentul dumneavoastră. Plătiți toate facturile direct la furnizorul de asistență medicală/spitalul din străinătate. Când reveniți în țara dumneavoastră de origine, puteți depune o cerere de rambursare* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate*. Acesta din urmă va aplica același tarif de rambursare* ca pentru un tratament local furnizat în țara dumneavoastră de origine*.

La ce sumă acoperită voi avea dreptul?

Valoarea cheltuielilor care vor fi rambursate depinde de modalitatea în care ați primit tratamentul necesar din punct de vedere medical*, și anume în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate*, sau în temeiul Directivei 2011/24/UE*, de exemplu în cazul în care ați fost tratat într-un spital privat.

- În temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, cheltuielile suportate vor fi rambursate în funcție de suma prevăzută în normele și legislația din țara în care beneficiați de tratament*.

- În temeiul Directivei 2011/24/UE*, cheltuielile suportate vă vor fi rambursate în funcție de suma prevăzută în normele și legislația din țara dumneavoastră de origine*.

Ce cheltuieli pot fi rambursate?

Întrucât, în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială* și al Directivei 2011/24/UE* aveți dreptul numai la rambursarea cheltuielilor care rezultă din asigurarea de securitate socială din țara dumneavoastră de origine, numai cheltuielile medicale care rezultă direct din tratamentul primit vor fi luate în considerare. Cheltuielile suplimentare, precum cele legate de călătorie și ședere, subzistență, repatriere, medicamente calmante care nu se eliberează pe bază de prescripție medicală, vor trebui să fie plătite, de obicei, de dumneavoastră înșivă. Aceste cheltuieli pot fi însă acoperite de asigurarea dumneavoastră privată de călătorie/de sănătate sau de asigurarea suplimentară de sănătate.

Vă rugăm să rețineți faptul că, în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*, cheltuielile de călătorie și ședere în străinătate pot fi acoperite în cazurile în care legislația națională prevede rambursarea cheltuielilor de călătorie și ședere care sunt inseparabile de tratament, în cazul în care tratamentul ar fi avut loc în țara dumneavoastră de origine.

Unde găsesc informații privind modul în care să depun cererea de rambursare?

În cazul în care aveți nevoie de informații privind modul în care să depuneți cererea de rambursare*, inclusiv procedurile aplicabile, documentele necesare și termenele, casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine vă pot oferi asistență.

Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt de acord cu decizia casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* în ceea ce privește cererea mea de rambursare?

Ce se întâmplă în cazul în care nu sunteți mulțumit cu suma pe care casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* decide să v-o ramburseze? Sau în cazul în care cererea dumneavoastră de rambursare* este respinsă deoarece ați depășit termenele aplicabile sau nu ați putut prezenta toate documentele necesare, cum ar fi chitanțele originale?

Aveți dreptul să contestați orice decizie a casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* referitoare la rambursarea cheltuielilor aferente tratamentului necesar din punct de vedere medical* primit în străinătate. Dacă nu sunteți mulțumit de decizia privind cererea dumneavoastră de rambursare* a cheltuielilor medicale suportate în străinătate, puteți, în primul rând, să solicitați casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* să reanalizeze decizia luată. În cazul în care nu reușiți să ajungeți la un acord, puteți depune o plângere și solicita despăgubiri în conformitate cu procedurile în vigoare în țara dumneavoastră de origine*. Trebuie să știți că există anumite termene în vigoare pentru inițierea procedurilor de depunere a unei plângeri și de solicitare a despăgubirilor. Trebuie să fiți atent ca aceste termene de depunere a unei plângeri sau de solicitare a despăgubirilor să nu expire în timpul unei încercări de a ajunge la un acord, pentru a evita imposibilitatea, pentru dumneavoastră, de a depune o plângere sau a solicita despăgubiri în eventualitatea în care nu se ajunge la niciun acord.

Vă rugăm să contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* pentru mai multe informații privind drepturile și opțiunile dumneavoastră specifice de depunere a unei plângeri.

2.4. Am nevoie de asigurare privată de călătorie sau de asigurare de sănătate suplimentară?

Am nevoie de asigurare privată de călătorie sau de asigurare de sănătate privată/suplimentară?

Vă rugăm să rețineți faptul că, în cadrul sistemului public de asistență medicală, nu sunt acoperite cheltuielile suplimentare pentru călătorie și ședere sau pentru serviciile de repatriere și salvare. Aceste cheltuieli pot fi totuși acoperite de o asigurare privată de călătorie sau de o asigurare privată/suplimentară de sănătate.

Ce servicii medicale vor fi acoperite de asigurarea mea privată?

Serviciile acoperite de asigurarea dumneavoastră privată de călătorie/de sănătate sau de asigurarea de sănătate suplimentară depind de asigurarea dumneavoastră specifică. Înainte să plecați în străinătate, verificați-vă întotdeauna polița pentru a afla care sunt serviciile medicale acoperite.

Vă rugăm să consultați furnizorul asigurării private de sănătate pentru mai multe informații.

2.5. Pe cine trebuie să contactez în cazul unei urgențe?**Cum știu pe cine ar trebui să contactez și la ce furnizor de asistență medicală sau spital să merg în cazul unei îmbolnăviri sau vătămări subite în străinătate?**

Punctul de contact național* din țara șederii dumneavoastră vă poate oferi mai multe informații privind măsurile pe care le puteți lua și instituțiile pe care le puteți contacta în cazul unei îmbolnăviri sau vătămări în timpul șederii dumneavoastră în străinătate.

În cazul unor urgențe apărute în timpul șederii dumneavoastră în UE* sau în Elveția*, sunați la numărul de telefon 112. Numărul european de urgență 112 este disponibil oriunde în UE* și îl puteți apela gratuit. În cazul în care aveți nevoie de asistență medicală de urgență, sunați la 112 pentru a avea acces direct la asistență din partea poliției, la servicii de ambulanță sau de pompieri și la servicii de salvare.

③ Asistența medicală în străinătate

3.1. Care sunt drepturile mele în ceea ce privește accesul la asistență medicală în străinătate?**Am dreptul să solicit tratament în străinătate?**

În cazul în care aveți dreptul la asistență medicală în cadrul sistemului de securitate socială al unei țări din UE*/SEE*, aveți dreptul să solicitați asistență medicală în orice altă țară din UE*/SEE* sau în Elveția*, adică la tratament planificat în străinătate, precum și să beneficiați de rambursarea cheltuielilor de către țara dumneavoastră de origine*.

Aveți dreptul să accesați asistență medicală, inclusiv:

- diagnostic medical;
- tratament medical;
- prescripție, scutire și furnizarea de medicamente și dispozitive medicale.

Puteți beneficia de rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul planificat în altă țară din UE*/SEE* atât în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, cât și al Directivei 2011/24/UE*.

Cele două modalități au consecințe diferite pentru pacienți în ceea ce privește temeiul juridic, sfera de aplicare, autoritățile competente, condițiile de autorizare, tarifele de rambursare* aplicabile, procedura și formalitățile de plată, precum și nivelul contribuției proprii a pacientului. Asigurați-vă întotdeauna că sunteți bine informat cu privire la orice implicații financiare și de altă natură înainte de a călători în străinătate.

Vă rugăm să rețineți faptul că asistența medicală transfrontalieră în Elveția* nu este acoperită în temeiul Directivei 2011/24/UE*.

Care sunt diferențele dintre tratamentul în străinătate primit în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială* și cel primit în temeiul Directivei 2011/24/UE*?

În temeiul *Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială**:

- aveți dreptul la asistență medicală transfrontalieră în orice țară din UE*/SEE* sau în Elveția*;
- serviciile de telemedicină* nu sunt acoperite;
- trebuie să obțineți întotdeauna autorizarea prealabilă* de la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* înainte de a călători în străinătate;
- aveți dreptul la rambursarea cheltuielilor ca și cum ați fi asigurat în sistemul de securitate socială din țara în care beneficiați de tratament*;
- tratamentul vizat trebuie să fie inclus în gama de prestații în caz de boală acoperite în sistemul de securitate socială din țara în care beneficiați de tratament* (chiar și în cazul în care ați fi avut dreptul la rambursarea cheltuielilor dacă tratamentul ar fi fost furnizat în țara dumneavoastră de origine*);
- se aplică metoda de plată (tratamentul va fi adesea gratuit) și tarifele de rambursare* din țara în care beneficiați de tratament*.

În temeiul *Directivei 2011/24/UE**:

- aveți dreptul la asistență medicală transfrontalieră în orice țară din UE*/SEE* (nu și în Elveția*!);
- tratamentul pe termen lung, alocarea și accesul la organe* și vaccinarea publică nu sunt acoperite;
- în mod normal, autorizarea prealabilă* din partea casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate* nu este obligatorie. Cu toate acestea, pentru anumite servicii medicale, precum tratament spitalicesc sau tratament foarte specializat și costisitor, este posibil să aveți nevoie de autorizare prealabilă* înainte de a călători în străinătate;
- aveți dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul în străinătate ca și cum tratamentul ar fi fost furnizat în țara dumneavoastră de origine*;
- tratamentul vizat trebuie să fie inclus în gama de prestații în caz de boală acoperite în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine* (aveți dreptul la rambursarea cheltuielilor dacă respectivele cheltuieli ar fi fost rambursate în cazul în care tratamentul ar fi fost furnizat în țara dumneavoastră de origine);
- va trebui întotdeauna să plătiți în avans costul integral a tratamentului. Retroactiv, puteți depune o cerere de rambursare* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* atunci când reveniți în țara dumneavoastră de origine. Aceste instituții vor aplica același tarif de rambursare* ca pentru un tratament furnizat în țara dumneavoastră de origine*.

3.2. Ce tratament pot solicita în străinătate?

Ce tip de tratament pot solicita în străinătate?

Aveți libertatea de a accesa un diagnostic medical, un tratament medical, precum și prescripții, scutiri și furnizarea de medicamente și dispozitive medicale în întreaga Europă.

În temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*:

- tratamentul planificat în oricare altă țară din UE*/SEE* sau în Elveția* este acoperit;
- tratamentul pe care doriți să îl primiți trebuie să fie inclus în gama de prestații în caz de boală acoperite de sistemul de securitate socială din țara în care se beneficiază de tratament*. Drept urmare, atunci când casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* vă acordă permisiunea în mod explicit, puteți primi asistență medicală în afara gamei de prestații în caz de boală acoperite în țara dumneavoastră de origine*. Casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* are totuși libertatea de a decide dacă să acorde sau nu autorizarea prealabilă*.
- Sunt acoperite numai tratamentele oferite de un furnizor public de asistență medicală sau de un spital public. Asistență medicală oferită de un furnizor privat de asistență medicală sau într-un spital privat nu este, de obicei, acoperită, cu excepția cazurilor în care furnizorul privat de asistență medicală sau spitalul privat are un contract cu sistemul de securitate socială/este afiliat sistemului de securitate socială și are dreptul să furnizeze serviciile acoperite de legislația privind securitatea socială.
- Serviciile de telemedicină* nu sunt acoperite în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*.

În temeiul Directivei 2011/24/UE*:

- este acoperit tratamentul planificat în oricare altă țară din UE*/SEE* (nu în Elveția*);
- aveți dreptul numai la tratamentele incluse în gama de prestații în caz de boală acoperite, disponibile în temeiul legislației privind securitatea socială din țara dumneavoastră de reședință. Cu alte cuvinte, veți avea dreptul la rambursarea* cheltuielilor medicale suportate în străinătate numai dacă ați avea dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru același tratament în țara dumneavoastră de origine*.
- Sunt acoperite atât tratamentele oferite de un furnizor public de asistență medicală/spital public, cât și de un furnizor privat de asistență medicală/spital privat.
- Directiva 2011/24/UE* acoperă, de asemenea, serviciile de telemedicină*.
- Serviciile medicale, inclusiv îngrijirea pe termen lung*, transplantul de organe* și programele publice de vaccinare*, sunt excluse din domeniul de aplicare al Directivei 2011/24/UE.

Telemedicina este, de asemenea, acoperită?

Telemedicina* se referă la furnizarea de servicii de asistență medicală la distanță prin utilizarea TIC, de exemplu teleconsultare, telemonitorizare, telechirurgie etc.

Serviciile de telemedicină* pot fi, de asemenea, acoperite de Directiva 2011/24/UE*. Câtă vreme serviciile de telemedicină* sunt furnizate de un furnizor de asistență medicală situat în altă țară din UE*/SEE*, Directiva 2011/24/UE* se poate aplica.

În schimb, întrucât Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială* prevăd în mod expres deplasarea și prezența fizică a pacientului în străinătate, mai exact în țara în care furnizorul de asistență medicală este situat, aceste regulamente nu se aplică în cazul telemedicinii*.

În cazul telemedicinii*, vă rugăm să vă informați cu privire la drepturile de care dispuneți în legătură cu asistența medicală transfrontalieră* în temeiul Directivei 2011/24/UE*.

3.2. Am nevoie de o autorizare prealabilă din partea casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate*?

Ce se înțelege prin *autorizare prealabilă?**

Autorizarea prealabilă* se referă la aprobarea de care ați putea avea nevoie din partea casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate* înainte de a călători în străinătate, pentru a vi se garanta rambursarea cheltuielilor pentru tratamentul în străinătate.

Am întotdeauna nevoie de o autorizare prealabilă* din partea casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* înainte de a pleca în străinătate?

Necesitatea obținerii autorizării prealabile* înainte de a primi asistență medicală în străinătate depinde de exercitarea dreptului dumneavoastră la asistență medicală transfrontalieră* în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială* sau al Directivei 2011/24/UE* și de tipul de asistență medicală pe care doriți să o primiți. Ca regulă generală, veți avea probabil nevoie de o autorizare prealabilă* în cazul în care planificați să primiți tratament spitalicesc în străinătate sau în cazul unui tratament foarte specializat și costisitor.

Dacă doriți să primiți asistență medicală transfrontalieră* în temeiul **Regulamentelor privind sistemele de securitate socială***, autorizarea prealabilă* este întotdeauna necesară – atât pentru tratamentul spitalicesc*, cât și pentru cel ambulatoriu*. Va trebui să depuneți o cerere pentru autorizarea prealabilă* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*. Atunci când vă aprobată cererea, casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* vă va elibera un formular S2* pe care va trebui să îl prezentați furnizorului de asistență medicală curant din străinătate, ca dovadă a asigurării în sistemul de securitate socială.

În general, în temeiul **Directivei 2011/24/UE***, autorizarea prealabilă* din partea casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate* nu este obligatorie. Totuși, pentru unele tratamente, legiuitorul UE a oferit statelor membre posibilitatea de a institui un sistem de autorizare prealabilă*. În orice caz, autorizarea prealabilă* poate fi solicitată numai în cazul:

- asistenței medicale care implică o noapte de spitalizare;
- asistenței medicale care implică utilizarea unei infrastructuri sau a unui echipament medical foarte specializat și costisitor;
- asistenței medicale care prezintă un risc pentru siguranța pacientului (risc privind siguranța pacientului*) sau a populației în general (risc privind siguranța populației în general*);
- asistenței medicale oferite de un furnizor de asistență medicală care ar putea da naștere, de la caz la caz, unor preocupări grave și specifice legate de calitatea și siguranța îngrijirilor.

În cazul în care doriți să primiți informații mai detaliate privind tratamentele specifice care necesită autorizare prealabilă*, vă rugăm să contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine.

NOTĂ: În cazul în care este necesar, nu primiți niciodată tratament în străinătate fără autorizarea prealabilă* din partea casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate*. Dacă ați primit tratament în străinătate fără autorizarea prealabilă* obligatorie eliberată de casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*, este posibil ca cererile dumneavoastră de rambursare* să fie respinse. Drept urmare, este posibil să suportați dumneavoastră înșivă toate cheltuielile medicale din străinătate.

Am libertatea de a alege să depun o cerere pentru autorizarea prealabilă* în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială* sau al Directivei 2011/24/UE*?

În cazul în care solicitați autorizarea prealabilă*, casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* va verifica întotdeauna mai întâi aplicabilitatea Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*.

În cazul în care sunt îndeplinite condițiile pentru primirea tratamentului în baza regulamentelor*, casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* va elibera automat autorizarea prealabilă*

<p>În temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială* (formularul S2*). Însă, în cazul în care preferați să beneficiați de tratament în temeiul Directivei 2011/24/UE*, va trebui să solicitați aplicarea acesteia în mod explicit casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate*.</p>
<p>Unde găsesc informații privind modul în care să depun o cerere pentru autorizarea prealabilă*?</p>
<p>În cazul în care aveți nevoie de informații privind modul în care să depuneți cererea de autorizare prealabilă*, inclusiv procedurile aplicabile, documentele necesare și termenele, casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine vă pot oferi asistență. Vă rugăm să țineți întotdeauna seama de faptul că tratamentul medical* în străinătate ar putea fi foarte costisitor!</p>
<p>Ce instituție este responsabilă de acordarea autorizării prealabile*?</p>
<p>În principal, casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara în al cărei sistem de securitate socială sunteți asigurat (și anume statul membru competent*) este responsabil(ă) de acordarea autorizării prealabile*.</p> <p>În cazul în care locuiți în altă țară decât statul membru competent*, puteți depune cererea de autorizare prealabilă* la casa națională de sănătate locală*/furnizorul de asigurări de sănătate* local din țara dumneavoastră de reședință. Aceasta/acesta va transmite cererea dumneavoastră către casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din statul membru competent*. Totuși, prin derogare, casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara dumneavoastră de reședință va avea competența să acorde autorizarea prealabilă* în cazul în care sunteți:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pensionar sau membru al familiei unui pensionar; sau • un membru al familiei (persoană aflată în îngrijire) care locuiește în altă țară decât cea a persoanei asigurate; <p>și țara dumneavoastră de reședință aplică un mecanism de compensare pentru prestațiile în caz de boală între statele membre pe baza unor sume forfetare/sume fixe* și este enumerată în anexa III la Regulamentul (CE) nr. 987/2009*.</p> <p>Vă rugăm să contactați casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*sau punctul de contact național* din țara în care aveți asigurare de securitate socială pentru informații suplimentare.</p>
<p>Ce se întâmplă în cazul în care primesc tratament în străinătate fără a obține mai întâi autorizarea prealabilă* necesară?</p>
<p>Dacă ați primit tratament în străinătate fără autorizarea prealabilă* obligatorie eliberată de casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*, este posibil ca cererile dumneavoastră de rambursare* să fie respinse și să trebuiască să suportați toate cheltuielile medicale din străinătate.</p>
<p>Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt de acord cu decizia casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* în ceea ce privește cererea mea de autorizare prealabilă*?</p>
<p>Aveți dreptul să contestați orice decizie a casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* referitoare la cererea dumneavoastră de obținere a autorizării prealabile* pentru accesarea asistenței medicale în străinătate. Dacă nu sunteți mulțumit de decizia casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate*, le puteți solicita, în primul rând, să își revizuiască decizia. În cazul în care nu reușiți să ajungeți la un acord, puteți depune o plângere și solicita despăgubiri în conformitate cu procedurile în vigoare în țara dumneavoastră de</p>

origine*. Trebuie să știți că există anumite termene în vigoare pentru inițierea procedurilor de depunere a unei plângeri și de solicitare a despăgubirilor. Trebuie să fiți atent ca aceste termene de depunere a unei plângeri sau de solicitare a despăgubirilor să nu expire în timpul unei încercări de a ajunge la un acord, pentru a evita imposibilitatea, pentru dumneavoastră, de a depune o plângere sau a solicita despăgubiri în eventualitatea în care nu se ajunge la niciun acord.

Vă rugăm să contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* pentru mai multe informații privind drepturile și opțiunile dumneavoastră specifice de depunere a unei plângeri.

3.3. Am nevoie de trimitere înainte de a accesa un tratament specializat în străinătate?

Am nevoie de trimitere înainte de a putea accesa tratamentul în străinătate?

În cazul în care doriți să primiți tratament în temeiul *Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială**, necesitatea unei trimiteri va depinde de existența unui sistem de utilizare a trimiterilor în țara în care beneficiați de tratament*. În acest caz, trimiterea furnizată de MG* din țara dumneavoastră de origine sau un MG* din țara în care beneficiați de tratament* poate fi necesară pentru a putea accesa asistența medicală specializată în țara vizată.

Dacă însă solicitați tratament în străinătate în temeiul *Directivei 2011/24/UE**, necesitatea unei trimiteri va depinde de existența unui sistem de utilizare a trimiterilor pentru accesarea tratamentelor specializate în țara dumneavoastră de origine*. În cazul în care trimiterea nu este necesară pentru accesarea asistenței medicale în țara dumneavoastră de origine*, nu va fi necesar să obțineți o trimitere de la MG* înainte de a accesa tratament specializat în străinătate.

Contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* și punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine pentru informații suplimentare. Punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratament vă poate oferi mai multe informații referitoare la existența unui sistem de utilizare a trimiterilor în țara respectivă.

3.3. Cheltuieli și rambursare

Va trebui să plătesc eu însumi pentru tratament?

Rambursarea directă a cheltuielilor tratamentului de către casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* (plată din partea unui terț*) sau obligația de a plăti în avans toate cheltuielile și de a solicita ulterior rambursarea* acestora depinde de modalitatea în care tratamentul a fost primit în străinătate, și anume în baza unui formular S2* (*Regulamentele (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială**) sau a *Directivei 2011/24/UE**.

- În temeiul *Regulamentelor privind sistemele de securitate socială**, metoda de plată va depinde de sistemul utilizat în țara în care pacientul beneficiază de tratament*. Întrucât sunteți tratat ca și cum ați fi asigurat în sistemul de securitate socială din țara în care beneficiați de tratament*, vă veți bucura de aceleași drepturi privind metoda de plată precum un pacient local care deține o asigurare publică de sănătate. Există două posibilități:
 - ❖ tratamentul de care aveți nevoie este gratuit (situație frecventă), uneori combinat cu o sumă limitată aferentă coplății*, caz în care cheltuielile vor fi decontate direct între furnizorul de asistență medicală și autoritatea în domeniul securității sociale din țara în care beneficiați de tratament. Autoritatea străină va lua atunci automat legătura cu casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara dumneavoastră de origine pentru a obține rambursarea, fără ca dumneavoastră să

trebuie să luați măsuri;

- ❖ trebuie să plătiți toate cheltuielile pentru tratament și să depuneți ulterior o cerere de rambursare* fie la autoritatea locală în domeniul securității sociale când încă sunteți în străinătate, fie la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* la revenirea în țara dumneavoastră de origine. În oricare dintre aceste situații, se vor aplica tarifele de rambursare* din țara în care beneficiați de tratament*.
- În temeiul Directivei 2011/24/UE*, va trebui întotdeauna să efectuați plata în avans. Plătiți toate facturile direct la furnizorul de asistență medicală/spitalul din străinătate. Când reveniți în țara dumneavoastră de origine, puteți depune o cerere de rambursare* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate*. Acesta din urmă va aplica același tarif de rambursare* ca pentru un tratament local furnizat în țara dumneavoastră de origine*.

La ce sumă acoperită voi avea dreptul?

Valoarea cheltuielilor care vor fi rambursate depinde de modalitatea în care ați primit tratamentul planificat* în străinătate, și anume în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, pe baza formularului S2*, sau în temeiul Directivei 2011/24/UE*.

- În temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, cheltuielile suportate vor fi rambursate în funcție de suma prevăzută în normele și legislația din țara în care beneficiați de tratament*.
Cu toate acestea, în unele cazuri, este posibil să aveți dreptul la compensare suplimentară, denumită, de asemenea, suplimentul Vanbraekel* (a se vedea *cauza C-368/98 Vanbraekel*). Mai exact, atunci când tariful pentru tratament în țara dumneavoastră de origine* este mai ridicat decât tariful din țara în care beneficiați de tratament*, aveți dreptul la o compensare suplimentară din partea casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate* în țara dumneavoastră de origine, cel mult egală cu suma care ar fi fost rambursată în cazul în care tratamentul ar fi fost furnizat în țara dumneavoastră de origine* [fără a depăși cheltuielile (medicale) efective pe care le-ați suportat în străinătate].
- În temeiul Directivei 2011/24/UE*, cheltuielile suportate vă vor fi rambursate în funcție de suma prevăzută în normele și legislația din țara dumneavoastră de origine*.

Ce cheltuieli pot fi rambursate?

Întrucât, în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială* și al Directivei 2011/24/UE* aveți dreptul numai la rambursarea cheltuielilor care rezultă din acoperirea în sistemul de securitate socială din țara dumneavoastră de origine, numai cheltuielile medicale care rezultă direct din tratamentul primit vor fi acoperite. Cheltuielile suplimentare, precum cele legate de călătorie și ședere, subzistență, repatriere, medicamente calmante care nu se eliberează pe bază de prescripție medicală, vor trebui să fie plătite de dumneavoastră înșivă.

Cu toate acestea, vă rugăm să rețineți faptul că, în temeiul Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*, cheltuielile de călătorie și ședere în străinătate pot fi acoperite în cazurile în care legislația națională prevede rambursarea cheltuielilor de călătorie și ședere care sunt inseparabile de tratament, în cazul în care tratamentul ar fi avut loc în țara dumneavoastră de origine*.

Unde găsesc informații privind prețurile tratamentului pe care doresc să îl primesc?

Punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul vă poate oferi mai multe informații referitoare la tarifele pentru îngrijirile medicale aplicate în țara respectivă. În plus, furnizorul

de asistență medicală străin pe care doriți să îl consultați este obligat să vă ofere informații clare privind prețurile tratamentului pe care acesta îl oferă.

Unde găsesc informații privind modul în care să depun cererea de rambursare?

În cazul în care aveți nevoie de informații privind modul în care să depuneți cererea de rambursare*, inclusiv procedurile aplicabile, documentele necesare și termenele, casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine vă pot oferi asistență.

Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt de acord cu decizia casei mele naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* în ceea ce privește cererea mea de rambursare?

Ce se întâmplă în cazul în care nu sunteți mulțumit cu suma pe care casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* decide să v-o ramburseze? Sau în cazul în care cererea dumneavoastră de rambursare* este respinsă deoarece ați depășit termenele aplicabile sau nu ați putut prezenta toate documentele necesare, cum ar fi chitanțele originale?

Aveți dreptul să contestați orice decizie a casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* referitoare la rambursarea cheltuielilor aferente tratamentului medical* primit în străinătate. Dacă nu sunteți mulțumit de decizia privind cererea dumneavoastră de rambursare* a cheltuielilor medicale suportate în străinătate, puteți, în primul rând, să solicitați casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului statutar de asigurări de sănătate* să reanalizeze decizia luată. În cazul în care totuși nu reușiți să ajungeți la un acord, puteți depune o plângere și solicita despăgubiri în conformitate cu procedurile în vigoare în țara dumneavoastră de origine*. Trebuie să știți că există anumite termene în vigoare pentru inițierea procedurilor de depunere a unei plângeri și de solicitare a despăgubirilor. Trebuie să fiți atent ca aceste termene de depunere a unei plângeri sau de solicitare a despăgubirilor să nu expire în timpul unei încercări de a ajunge la un acord, pentru a evita imposibilitatea, pentru dumneavoastră, de a depune o plângere sau a solicita despăgubiri în eventualitatea în care nu se ajunge la niciun acord.

Vă rugăm să contactați casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul statutar de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* pentru mai multe informații privind drepturile și opțiunile dumneavoastră specifice de depunere a unei plângeri.

3.4. Posibilitățile de tratament și furnizorii de asistență medicală din străinătate

Cum mă informez cu privire la posibilitățile de tratament în străinătate?

Nici casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*, nici punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine nu vă vor putea oferi informații privind posibilitățile de tratament în străinătate.

Ca regulă generală, va trebui să vă informați dumneavoastră înșivă cu privire la posibilitățile de tratament în străinătate. Punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul vă poate oferi mai multe informații referitoare la tratamentele disponibile în țara respectivă.

Cum știu ce furnizor de asistență medicală să contactez în străinătate?

Dacă doriți să obțineți informații privind furnizorii de asistență medicală sau spitalele din străinătate și modalitatea de a-i contacta, punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul vă va putea furniza mai multe informații.

--

④ Calitate și siguranță

Unde găsesc informații privind calitatea tratamentului în altă țară?
<p>Nici casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*, nici punctul de contact național* din țara dumneavoastră de origine nu vă vor putea oferi informații privind calitatea tratamentului în altă țară. Atunci când primiți tratament în străinătate, se aplică standardele de calitate și siguranță din țara respectivă.</p> <p>Ca regulă generală, va trebui să vă informați dumneavoastră înșivă cu privire la calitatea tratamentului furnizat în străinătate. Punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul vă va putea oferi mai multe informații.</p>
Unde găsesc mai multe informații privind un furnizor de asistență medicală sau un spital specific din străinătate?
<p>Ca regulă generală, va trebui să vă informați dumneavoastră înșivă cu privire la furnizorul de asistență medicală sau spitalul din străinătate. Este important să colectați informații suficiente cu privire la:</p> <ul style="list-style-type: none">• autorizația și statutul înregistrării furnizorului de asistență medicală, adică dovada autorizației sale pentru practicarea medicinei;• asigurarea de răspundere civilă profesională a furnizorului de asistență medicală;• dreptul furnizorului de asistență medicală de a furniza serviciile medicale acoperite de sistemul de securitate socială. <p>Aceste informații pot fi furnizate de casele naționale de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul.</p>

⑤ Fișa medicală și limba

Unde găsesc mai multe informații privind limba tratamentului în altă țară?
<p>Punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul vă poate oferi mai multe informații referitoare la limbile folosite în cadrul tratamentului în țara respectivă. În cazul în care tratamentul este furnizat în altă limbă, asigurați-vă, de asemenea, că vă informați cu privire la necesitatea de a aranja dumneavoastră înșivă serviciile de interpretare în timpul contactului cu furnizorul (furnizorii) de asistență medicală curant (curanți) sau cu membrii personalului medical din străinătate.</p>
Cum aranjez transferul fișei mele medicale în străinătate?
<p>Directiva 2011/24/UE* prevede pentru fiecare pacient care primește asistență medicală transfrontalieră* dreptul de a accesa sau de a deține cel puțin o copie a tuturor datelor sale cu caracter personal* referitoare la sănătatea sa. Mai exact, aveți dreptul să accesați o copie a fișei dumneavoastră medicale* care conține informații precum diagnosticul, rezultatele examinării, evaluările efectuate de furnizorii de asistență medicală curanți și informații privind orice tratament sau intervenții furnizate.</p> <p>Furnizorul dumneavoastră de asistență medicală trebuie să vă asigure accesul la fișa dumneavoastră</p>

medicală sau cel puțin la o copie a fișei dumneavoastră medicale pentru a vă permite să vă ocupați de transferul acesteia. Furnizorul de asistență medicală poate, de asemenea, să se ocupe el însuși de transferul fișei dumneavoastră medicale direct la furnizorul de asistență medicală sau spitalul sau instituția medicală curantă din străinătate.

⑥ Îngrijire post-tratament

Ce se întâmplă în cazul în care am nevoie de îngrijiri în urma tratamentului primit în străinătate?

În cazul în care ați beneficiat de tratament în străinătate și sunt necesare îngrijiri medicale post-tratament, aveți dreptul la îngrijiri post-tratament* adecvate în țara dumneavoastră de origine* ca și cum tratamentul în sine ar fi avut loc în țara dumneavoastră de origine și nu în străinătate.

⑦ Plângeri și despăgubiri

Ce se întâmplă în cazul în care nu sunt mulțumit de tratamentul primit în străinătate sau în cazul în care apar probleme?

Dacă nu sunteți mulțumit de tratamentul primit în străinătate, aveți dreptul de a depune o plângere și de a solicita despăgubiri. Întrucât tratamentul este furnizat în străinătate, se va aplica legislația din țara în care beneficiați de tratament. Prin urmare, veți face obiectul normelor procedurale, termenelor, normelor privind sarcina probei și schemei privind prejudiciile care se aplică în țara în care beneficiați de tratament*.

Unde găsesc mai multe informații privind posibilitățile de care dispun pentru a depune o plângere și a solicita despăgubiri?

Contactați punctul de contact național* din țara în care beneficiați de tratament* pentru a obține informații suplimentare referitoare la opțiunile de care dispuneți pentru a depune o plângere, a soluționa disputele și a solicita despăgubiri în cazul în care apar probleme. Informați-vă cu privire la diferitele proceduri în vigoare, instituțiile cărora trebuie să vă adresați, etapele pe care trebuie să le parcurgeți, termenele aplicabile, precum și cheltuielile de procedură anticipate.

⑧ Prescripția în străinătate

Pot să prezint la o farmacie din străinătate prescripțiile eliberate de furnizorul de asistență medicală curant din țara mea de origine?

Prescripția* pentru medicamente sau dispozitive medicale eliberată în țara dumneavoastră este valabilă în orice țară din UE*/SEE*.

Cu toate acestea, pentru a vă asigura că prescripția* dumneavoastră este recunoscută și bine înțeleasă de farmacistul din străinătate, informați-vă furnizorul de asistență medicală prescriptor de planurile dumneavoastră de a utiliza prescripția în străinătate. Acesta va prescrie medicamentele sau dispozitivul medical în conformitate cu cerințele minime în materie de informare pentru prescripțiile transfrontaliere* (Directiva de punere în aplicare 2012/52/UE*):

- identificarea pacientului: nume; prenume; data nașterii;
- autentificarea prescripției: data emiterii;
- identificarea furnizorului de asistență medicală prescriptor: nume; prenume; calificări profesionale; detalii privind modalitățile de contact direct, de exemplu adresa de e-mail, numărul de telefon sau de fax; adresa profesională, inclusiv numele statului membru în cauză; semnătura olografă sau digitală;
- identificarea produsului prescris: denumirea comună (substanță activă) sau, în cazuri excepționale, denumirea; formula farmaceutică (tablete, soluție etc.); cantitate; doză per unitate terapeutică; posologie.

Rețineți că este posibil ca medicamentele vizate să nu fie disponibile sau autorizate pentru vânzare în altă țară din UE*/SEE*. Dacă este posibil, încercați întotdeauna să cumpărați medicamentele prescrise într-o farmacie din țara în care prescripția a fost eliberată.

Voi mai avea dreptul la rambursarea cheltuielilor pentru medicamentele prescrise în cazul în care le cumpăr în străinătate?

La prezentarea unui card european de asigurări sociale de sănătate* valid, aveți dreptul să cumpărați medicamentele sau dispozitivele medicale indicate în prescripție* în conformitate cu aceleași norme și la aceleași tarife precum pacienții asigurați în sistemul public din țara pe care o vizitați. Totuși, această situație se aplică numai în cazul în care prescripția este prescrisă în țara vizată ca urmare a unei îmbolnăviri sau vătămări subite apărute în timpul șederii dumneavoastră (persoanele care suferă de boli cronice pot folosi, de asemenea, cardul european de asigurări sociale de sănătate* pentru a cumpăra medicamentele sau dispozitivele medicale indicate în prescripție* în timpul șederii lor în străinătate).

În plus, în temeiul Directivei 2011/24/UE*, aveți dreptul să solicitați rambursarea* la casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate*. În acest caz, va trebui mai întâi să plătiți dumneavoastră înșivă toate costurile aferente medicamentelor sau dispozitivelor medicale în străinătate. Veți fi rambursat retroactiv la revenirea în țara dumneavoastră de origine*, în conformitate cu normele și ratele aplicate în această țară.

⑨ Puncte de contact naționale

Ce sunt punctele de contact naționale?

În conformitate cu Directiva 2011/24/UE*, fiecare stat membru a instituit unul sau mai multe puncte de contact naționale* pentru asistență medicală transfrontalieră* (PCN*). Statele membre au libertatea de a decide cu privire la modalitatea de organizare a acestor PCN. Prin urmare, există multe diferențe. Unele PCN* sunt afiliate furnizorului național de asigurări de sănătate sau Ministerului sănătății, iar altele sunt organisme independente.

Principala atribuție a PCN* este aceea de a furniza pacienților informații clare și accesibile privind toate aspectele legate de tratamentele medicale* în străinătate. PCN* vor oferi pacienților informații privind diferite subiecte ținând seama dacă pacientul este un pacient local care dorește să acceseze asistență medicală în străinătate (pacient intern*) sau un pacient străin care dorește să acceseze asistență medicală în țara vizată (pacient extern*).

Cum contactez un punct de contact național?

Toate PCN au un site internet specific unde sunt prezentate informațiile esențiale privind tratamentul

medical* în străinătate (asistența medicală transfrontalieră*). În plus, pacienții pot contacta PCN* direct, pentru informații suplimentare sau întrebări personale referitoare la accesarea asistenței medicale în străinătate, de exemplu la telefon, prin e-mail sau completând un formular de contact online. Numeroase PCN* răspund pacienților în persoană la sediul PCN*. Datele de contact ale PCN* sunt furnizate pe site-ul internet al fiecărui PCN*, precum și pe site-ul internet al Comisiei Europene.

10 Boli rare

De ce posibilități dispun pentru a beneficia de un tratament nou sau alternativ în străinătate, care nu este disponibil în țara mea de origine*?

Deși casa națională de sănătate* sau furnizorii de asigurări de sănătate* sunt cei care decid, la propria discreție, dacă să autorizeze tratamentul în străinătate, pacienților cu boli rare li se poate oferi posibilitatea, în temeiul Regulamentelor (CE) nr. 883/2004 și nr. 987/2009 privind sistemele de securitate socială*, de a solicita tratament într-un alt stat membru din UE*/SEE* sau în Elveția* chiar și în cazul diagnosticelor și tratamentelor care nu sunt disponibile în țara de origine a pacientului*. Câtă vreme tratamentul vizat este acoperit în țara în care beneficiați de tratament, autorizarea prealabilă poate fi acordată.

Vă rugăm să rețineți faptul că aveți dreptul doar să solicitați autorizarea prealabilă* în această situație. Acordarea sau neacordarea autorizării prealabile* rămâne la latitudinea casei dumneavoastră naționale de sănătate*/furnizorului de asigurări de sănătate*.

În plus, în temeiul atât al Regulamentelor privind sistemele de securitate socială*, cât și al Directivei 2011/24/UE*, autorizarea prealabilă* pentru a accesa asistență medicală în străinătate trebuie acordată atunci când tratamentul vizat este inclus în gama de prestații în caz de boală în țara dumneavoastră de origine* și nu poate fi furnizat în această țară într-un termen care poate fi justificat din punct de vedere medical, dată fiind starea dumneavoastră de sănătate. Faptul că tratamentul trebuie să fie acoperit în țara dumneavoastră de origine* nu înseamnă că procedura de tratament din străinătate trebuie să fie identică. Câtă vreme tratamentul în sine este acoperit, aveți dreptul să primiți același tratament în străinătate, chiar și atunci când tratamentul este furnizat în conformitate cu tehnici și metode noi sau cu proceduri alternative. Totuși, aceste tehnici ar trebui să se bazeze pe soluții de înaltă tehnologie și pe cunoștințele științifice existente la nivel internațional. În plus, tratamentul trebuie privit ca un tratament normal, în lumina nivelului de dezvoltare a științei naționale și internaționale (*a se vedea cauza C-157/99 Smits-Peerbooms*).

Ce sunt Rețelele europene de referință?

Rețelele europene de referință* (RER) ajută furnizorii de asistență medicală și centrele de expertiză din întreaga Europă să partajeze cunoștințe privind bolile complexe sau bolile rare și afecțiunile care necesită un tratament foarte specializat, precum și cunoștințe și resurse concentrate.

Utilizând platforme TI virtuale, furnizori de asistență medicală și specialiști de renume discută și analizează diagnosticul și tratamentul pacientului, fără ca acesta să trebuiască să călătorească în străinătate și fără ca furnizorii de asistență medicală să trebuiască să fie prezenți în țara în care se află pacientul.

Primele RER au fost lansate în martie 2017. De atunci, au fost instituite deja 24 de rețele, care vizează diverse aspecte tematice, precum afecțiuni ale oaselor, cancerul la copii, bolile de inimă, bolile

respiratorii etc.

Pentru mai multe informații, vă rugăm să consultați punctul de contact național* sau să vizitați pagina www.europa.eu/youreurope.

Unde găsesc informații privind organizațiile de pacienți în altă țară?

Pentru mai multe informații privind organizațiile de pacienți situate în străinătate, vă rugăm să contactați punctul de contact național* din țara în care doriți să primiți tratamentul.

11 Reședința în străinătate

10. 1. În cazul în care intenționați să vă stabiliți în străinătate

Ce se întâmplă cu asigurarea mea de securitate socială în cazul în care intenționez să mă stabilesc în străinătate?

În cazul în care intenționați să vă stabiliți în altă țară din UE*/SEE* sau în Elveția*, acest lucru ar putea avea un impact asupra acoperirii dumneavoastră în sistemul de securitate socială. Consecințele specifice pentru acoperirea în sistemul de securitate socială vor depinde de situația dumneavoastră specifică, de motivele și durata șederii dumneavoastră în străinătate în calitate de rezident. Casa dumneavoastră națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* va poate oferi mai multe informații.

10. 2. Reședința în străinătate și asigurarea în sistemul de securitate socială din altă țară

Cine are dreptul să acorde autorizarea prealabilă pentru asistența medicală transfrontalieră atunci când locuiesc în afara țării în care am asigurare de securitate socială?

Casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara în care aveți asigurare de securitate socială (și anume statul membru competent*) este responsabil(ă) de acordarea autorizării prealabile*.

În cazul în care locuiți în altă țară decât statul membru competent*, puteți depune cererea de autorizare prealabilă* la casa națională de sănătate locală*/furnizorul de asigurări de sănătate* local din țara dumneavoastră de reședință. Aceasta/acesta va transmite cererea dumneavoastră către casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din statul membru competent*. Totuși, prin derogare, casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara dumneavoastră de reședință va avea competența să acorde autorizarea prealabilă* în cazul în care sunteți:

- pensionar sau membru al familiei unui pensionar; sau
- un membru al familiei (persoană aflată în îngrijire) care locuiește în altă țară decât cea a persoanei asigurate;

și țara dumneavoastră de reședință aplică un mecanism de compensare pentru prestațiile în caz de boală între statele membre pe baza unor sume forfetare/sume fixe* și este enumerată în anexa III la Regulamentul (CE) nr. 987/2009*.

Vă rugăm să contactați casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* sau punctul de contact național* din țara în care aveți asigurare de securitate socială pentru informații suplimentare.

Am dreptul la asistență medicală în timpul unei șederi temporare în țara în care am asigurare de securitate socială?

Aceasta va depinde de situația dumneavoastră personală. De regulă, veți avea dreptul numai la asistență medicală în țara dumneavoastră de reședință, fie că o primiți sau nu în numele unei alte țări în conformitate cu a cărei legislație privind securitatea socială sunteți asigurat.

Cu toate acestea, în unele cazuri, pacienții pot avea în continuare dreptul la asistență medicală în țara în care sunt asigurați în sistemul de securitate socială sau în țara în care și-au desfășurat anterior activitatea profesională:

(! Membrii familiei unui lucrător frontalier care locuiesc într-o țară inclusă pe lista din anexa III la Regulamentul 883/2004 sunt excluși de la aranjamentele speciale indicate mai jos.)*

- Lucrătorii (detașați), inclusiv lucrătorii frontaliери*, care locuiesc în altă țară decât țara în care își desfășoară activitatea profesională și sunt asigurați în sistemul de securitate socială au dreptul la asistență medicală cu ocazia șederii în țara în care își desfășoară activitatea profesională pe cheltuiala țării respective și în conformitate cu legislația proprie a acesteia, ca și cum persoana vizată ar locui în această țară.
- pensionarii care locuiesc în afara țării în al cărei sistem de securitate socială sunt asigurați pot avea dreptul la asistență medicală cu ocazia șederii în țara în care sunt asigurați în sistemul de securitate socială pe cheltuiala țării respective și în conformitate cu legislația acesteia, ca și cum persoana vizată ar locui în țara respectivă (se aplică numai atunci când țara în care persoana este asigurată în sistemul de securitate socială a optat pentru acest aranjament și este inclusă în anexa IV la Regulamentul nr. 883/2004*);
- lucrătorii frontaliери pensionați își păstrează dreptul la tratament în ultima țară în care și-au desfășurat activitatea profesională, în măsura în care acesta este o continuare a tratamentului deja început în timpul desfășurării activității profesionale. În unele cazuri, lucrătorul frontalier pensionat își va păstra dreptul la asistență medicală în țara în care și-a desfășurat anterior activitatea profesională, indiferent dacă își continuă tratamentul sau nu, pe cheltuiala țării respective și în conformitate cu legislația proprie a acesteia, ca și cum persoana vizată ar locui în această țară. Acesta este cazul în care persoana a lucrat cel puțin doi ani ca lucrător frontalier în ultimii cinci ani care precedă data efectivă a pensionării sale și atât statul membru în care și-a desfășurat anterior activitatea profesională, cât și țara în care este asigurată în sistemul de securitate socială au optat pentru această posibilitate și sunt incluse în anexa V la Regulamentul (CE) nr. 883/2004*. În acest caz, lucrătorul frontalier pensionat trebuie să depună un formular S3* la casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara în care i se aplică legislația privind securitatea socială. Formularul S3* trebuie prezentat autorității din domeniul securității sociale din țara în care și-a desfășurat anterior activitatea profesională.

Ce punct de contact național ar trebui să contactez pentru mai multe informații? Punctul de contact național din țara în care am asigurare de securitate socială sau punctul de contact național din țara mea de reședință?

În cazul în care locuiți în străinătate, contactați punctul de contact național* din țara în care se află instituția care are dreptul să vă acorde autorizarea prealabilă*. Această instituție vă va putea furniza toate informațiile necesare privind drepturile dumneavoastră.

Instituția competentă pentru acordarea autorizării prealabile:

casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara în care aveți asigurare de securitate socială (și anume statul membru competent*) este responsabil(ă) de acordarea autorizării prealabile*. Totuși, prin derogare, casa națională de sănătate*/furnizorul de asigurări de sănătate* din țara dumneavoastră de reședință va avea competența să acorde autorizarea prealabilă* în cazul în care sunteți:

- pensionar sau membru al familiei unui pensionar; sau

- un membru al familiei (persoană aflată în îngrijire) care locuiește în altă țară decât cea a persoanei asigurate;
- și țara dumneavoastră de reședință aplică un mecanism de compensare pentru prestațiile în caz de boală între statele membre pe baza unor sume forfetare/sume fixe* și este enumerată în anexa III la Regulamentul (CE) nr. 987/2009*.

