



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDEȚULUI PRAHOVA

Strada Praga nr. 1, Ploiesti, Tel 0244 - 517462, 594600, 594703, Fax 0244 - 511440

Email: info@cas.prahova.ro

CATRE,  
TOTI MEDICII DE FAMILIE

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE  
A JUDEȚULUI PRAHOVA

1

14.07.0 DATA 14.05.2010

Prin prezenta va aducem la cunostinta modificarile aduse la Ordinul M.S./C.N.A.S. nr. 60/32/2006 privind Normele metodologice de aplicare a O.U.G. nr. 158/2005, ce reglementeaza prescriptia concediilor medicale, prin Ordinul M.S./C.N.A.S. nr. 430/470/11-05-2010, publicat in M.O. R. Partea I, nr. 312/12-05-2010:

- doar certificatele medicale "initiale" se pot acorda cu o retroactivitate de 24 de ore;
- pentru certificatele medicale "in continuare", data acordarii nu poate fi mai mare decat data la care se termina valabilitatea certificatelor medicale acordate anterior pentru aceeasi afectiune;
- intrucat concediile de risc maternal nu se incadreaza in grupa afectiunilor ce beneficiaza de retroactivitate, prescrierea acestora se va face conform celor doua reguli de mai sus;
- medicii de familie au dreptul de a elibera certificate de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca in una sau mai multe etape. In cazul mentinerii incapacitatii temporare de munca pentru aceeasi afectiune concediul medical se poate prelungii de catre medicul curant din ambulatoriul de specialitate sau spital, in caz de internare;
- durata cumulata a concediilor medicale acordate de medicul de familie pentru un asigurat pentru incapacitate temporara de munca nu poate depasi 30 zile calendaristice in ultimul an socotite de la prima zi de imbolnavire, indiferent de cauza acesteia. Dupa totalizarea a 30 zile calendaristice acordate de medicul de familie, eliberarea concediilor medicale se va face numai de catre medicul curant din ambulatoriul de specialitate sau spital, in caz de internare;

- durata concediilor pentru sarcina si lauzie, ingrijirea copilului bolnav, carantina si pentru risc maternal nu diminueaza numarul zilelor de concediu medical acordate unui asigurat pentru celelalte afectiuni;
- in situatia in care unui asigurat i se acorda certificatul de concediu medical pentru o anumita perioada, iar asiguratul doreste sa isi reia activitatea profesionala inainte de expirarea perioadei de valabilitate a certificatului de concediu medical, este obligatorie modificarea acestuia, in mod corespunzator, de catre medicul prescriptor;
- in situatia in care o persoana asigurata lucreaza la mai multi angajatori, exemplarele originale ale concediului medical se vor prezenta spre calcul angajatorului la care asiguratul are venitul cel mai mare, iar la ceilalti angajatori se prezinta cele doua exemplare in copii certificate de catre medicul prescriptor in urmatoarea fel: se inscrie "conform cu originalul", si se aplica stampila unitatii, semnatura/parafa medicului prescriptor precum si semnatura/parafa medicului sef sectie in cazul in care concediul medical acordat la externare depaseste 7 zile;
- asiguratii au obligatia sa completeze si sa depuna la medicul prescriptor o declaratie pe propria raspundere conform modelului anexat prezentei;
- medicii prescriptori au obligatia ca in declaratia mai sus mentionata, la rubrica "Observatiile medicului prescriptor", sa precizeze, daca este cazul, recomandarile legate de procesul de recuperare, efectuarea de tratamente de specialitate, analize paraclinice sau alte proceduri medicale;
- medicii prescriptori au obligatia ca la solicitarea platitorilor de indemnizatii de asigurari sociale de sanatate, sa puna la dispozitia acestora o copie a declaratiei mai sus mentionate " conforma cu originalul". Obligatia mentionata se duce la indeplinire de catre medicul prescriptor numai in baza unei imputerniciri date de conducatorul unitatii platitoare.

Pentru mai multe informatii si eventuale aspecte ce prezinta lamuriri suplimentare, consultati Ordinul M.S./C.N.A.S. nr. 430/470/2010.

Presedinte - Director General  
Dr. Roxana Craciun



Birou R.U.O.S.E.P.,  
Ec. Cristina Apostolescu

Director Executiv D.M. E.,  
Ec. Constantin Eronoiu

Consilier,  
Dr. Cosmin Adam

Pentru conformitate,  
Comp. Juridic si Contencios  
Jurist, Carstea Gabriela

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a, ..... angajat(ă) al/a .....  
cu sediul ....., cetățean ....., născut(ă) la data de .....

(se va specifica adresa angajatorului)

În localitatea ....., domiciliat(ă) în ....., str. .... nr. ...., bl. ....  
sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul ....., posesor(oare) al/a ....., seria ..... nr. ...., eliberat(ă)  
de ..... la data de ....., cod număr  
personal ....., cunoscând dispozițiile art. 292 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, dect

pe propria răspundere următoarele:

Pe perioada valabilității concediului medical seria ..... nr. ...., acordat în  
data de ....., voi locui la adresa de reședință din:

Str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul .....

Prin prezenta declar că sunt de acord cu următoarele condiții de eliberare a concediului medical:

— să anunț angajatorul/plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate cu privire la incapacitatea temporară de  
muncă, precum și datele medicului care a eliberat certificatul de concediu medical, în primele 24 de ore de la obținerea acestuia  
sau în situația în care aparține stării de incapacitate temporară de muncă a intervenit în zilele declarate neîncrătoare, să anunț  
angajatorul/plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate în prima zi lucrătoare;

— să menționez adresa de reședință pentru perioada concediului medical;

— să fiu prezent la adresa de reședință indicată pe toată perioada concediului medical, cu excepția situațiilor justificate  
cu documente medicale pentru efectuarea de tratamente de specialitate, analize paraclinice sau alte proceduri medicale;

— pe durata valabilității concediului medical pot fi vizitat la adresa indicată, în intervalele orare 08,00—11,00; 12,00—17,00  
și 18,00—20,00, de persoanele abilitate, desemnate în conformitate cu legislația în vigoare, obligându-mă să mă legitimez.

În cazul nerespectării acestor condiții, voi suporta rigorile legislației în vigoare.

OBSERVAȚIILE MEDICULUI PRESCRIPTOR	
---------------------------------------	--

Declarant

.....  
(numele, prenumele și semnătura)

Data

.....