



Consiliul Județean
Brașov



SPITALUL CLINIC DE PNEUMFTIZIOLOGIE ȘI BOLI INFECȚIOASE BRAȘOV

Brașov, Aleea Dealul Spirii nr. 12, Cod 500118

Tel.: 0268.477.011, 0268.477.263; Fax: 0372.870.370

e-mail: manager@pneumologie.ro; website: www.pneumologie.ro

NOTA INTERNĂ nr. 5 din 24.10.2025
privind regimul de plată al serviciilor medicale
pentru pacienții neasigurați din afara Uniunii Europene

Art. 1. Pacienții care provin din state din afara Uniunii Europene (UE) sau din UE, dacă nu au card european de sănătate și nu dețin calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România au obligația de a achita integral contravaloarea serviciilor medicale acordate de Spital.

Art. 2. Costurile se calculează conform metodologiei și tarifelor aprobate la nivelul Spitalului, iar pacientul va fi informat anterior acordării serviciilor.

Art. 3. În vederea respectării principiilor de transparență și conformitate, pacienții vor semna o *Declarație de consimțământ privind acceptarea plății serviciilor medicale* (Anexa nr. 1) sau un *Formular pentru refuzul serviciilor medicale* în caz de neacceptare a condițiilor (Anexa nr. 2), anexate prezentei note interne.

Art. 4. Responsabilitățile personalului

a) Personal medical – medici, asistente, personal de triaj:

- identifică statutul de asigurat al pacientului;
- informează pacientul cu privire la obligația de plată;
- solicită semnarea declarației de consimțământ (sau, în caz de refuz, a formularului de refuz);
- documentează în Foaia de observație statutul pacientului și atașează formularul corespunzător;
- înregistrează în softul IW Spital, la rubrica „Tip internare: LA CERERE” pentru a putea fi exceptați de la plata CAS;
- calculează și încasează contravaloarea serviciilor pe care le transmite casierei.

b) Personalul de la compartimentul financiar-contabil:

- păstrează dovada plății și virează banii în contul Spitalului;
- informează compartimentul juridic în caz de refuz de plată.

Art. 5. Dispoziții finale

- Directorul medical și Directorul financiar-contabil va anunța personalul din subordine de prevederile prezentei note interne și răspund de aplicarea acesteia.

Art. 6. Publicitate

- această notă internă se consideră comunicată prin publicitate, respectiv prin distribuirea a câte unui exemplar la fiecare locație, prin postarea pe intranet la secțiunea *Z-Date transfer* în folderul Note Interne 2025, pe grupul de WhatsApp al Spitalului și prin informare la ședința cu medicii angajați ai Spitalului.

Manager
Dr. Dan MORARU





Consiliul Județean
Brașov



SPITALUL CLINIC DE PNEUMFTIZIOLOGIE ȘI BOLI INFECȚIOASE BRAȘOV

Brașov, Aleea Dealul Spirii nr. 12, Cod 500118

Tel.: 0268.477.011, 0268.477.263; Fax: 0372.870.370

e-mail: manager@pneumologie.ro; website: www.pneumologie.ro

Anexa nr. 1

DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT CONSENT STATEMENT

Subsemnatul(a),

I, the undersigned,

născut(ă) la data de _____, în localitatea _____,

born on _____, **in** _____, ----

cetățean al statului _____, posesor al pașaportului/actului de identitate nr. _____,

citizen of _____, **holder of passport/ID no.** _____,

declar prin prezenta că:

hereby declare that:

1. Am fost informat(ă) că nu dețin calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, conform prevederilor Legii nr. 95/2006 și reglementărilor în vigoare.

I have been informed that I am not insured under the Romanian national health insurance system, in accordance with Law no. 95/2006 and applicable regulations.

2. Am fost informat(ă) că, în calitate de pacient neasigurat, am obligația de a achita integral contravaloarea serviciilor medicale acordate de către unitatea sanitară, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală.

I have been informed that, as an uninsured patient, I am required to pay in full for the medical services provided by the hospital, except in cases of medical-surgical emergency.

3. Accept să beneficiaz de serviciile medicale oferite de Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie și Boli Infecțioase Brașov, cunoscând și asumându-mi responsabilitatea achitării costurilor aferente, conform tarifelor stabilite de unitate.

I agree to receive medical services from the Brasov Clinical Hospital of Pulmonology and Infectious Diseases, fully aware and accepting responsibility for covering the related costs, according to the hospital's established tariffs.

4. Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate în scopul facturării și evidenței serviciilor medicale, în conformitate cu legislația privind protecția datelor cu caracter personal (GDPR).

I consent to the processing of my personal data for billing and medical service records, in accordance with data protection legislation (GDPR).

Data / Date: _____

Semnătura pacientului / Patient's signature: _____

Semnătura personalului medical / Medical staff signature: _____



Consiliul Județean
Brașov



SPITALUL CLINIC DE PNEUMFTIZIOLOGIE ȘI BOLI INFECȚIOASE BRAȘOV

Brașov, Aleea Dealul Spirii nr. 12, Cod 500118

Tel.: 0268.477.011, 0268.477.263; Fax: 0372.870.370

e-mail: manager@pneumologie.ro; website: www.pneumologie.ro

Anexa nr. 2

FORMULAR DE REFUZ AL SERVICIILOR MEDICALE REFUSAL OF MEDICAL SERVICES FORM

Subsemnatul(a),

I, the undersigned,

născut(ă) la data de _____, în localitatea _____,
born on _____, **in** _____,
cetățean al statului _____, posesor al pașaportului/actului de identitate
nr. _____,
citizen of _____, **holder of passport/ID no.** _____,

declar prin prezenta că:

hereby declare that:

1. Am fost informat(ă) că nu dețin calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România și că, în calitate de pacient neasigurat, am obligația de a achita contravaloarea serviciilor medicale.

I have been informed that I am not insured under the Romanian national health insurance system and that, as an uninsured patient, I am required to pay for the medical services provided.

2. Refuz să beneficiaz de serviciile medicale oferite de Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie și Boli Infecțioase Brașov, întrucât nu accept condițiile de plată.

I refuse to receive medical services from the Brasov Clinical Hospital of Pulmonology and Infectious Diseases as I do not accept the payment conditions.

3. Am fost informat(ă) cu privire la riscurile medicale asociate refuzului de tratament.

I have been informed about the medical risks associated with refusing treatment.

Data / Date: _____

Semnătura pacientului / Patient's signature: _____

Semnătura personalului medical / Medical staff signature: _____