

curente pentru perioada 1 - 15 ale lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

g) să țină evidența externarilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

Art. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art.238 și art.239 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament ;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului, referitor la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de un exemplar a biletului de trimitere pentru internare precum și de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați , pentru persoanele cărora li s-a acordat asistența medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale , pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane , pentru titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate , pe perioada de valabilitate a cardului , respectiv pentru beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 cit și pentru beneficiari a acordurilor, înțelegerilor , convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății , încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate , atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate . Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru , respectiv 3 luni într-un an , conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare ; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului ; pentru asigurați inclusi în programul național cu scop curativ , alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare ;

h) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI) , astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe