

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și la negocierea clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

i) să încaseze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a unor materiale sanitare, precum și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau a prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici;

j) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

k) să nu deconteze contravaloarea serviciilor medicale dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

4. 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 desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu