

alte state care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României, de la furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al 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;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate 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;

6. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze; să utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară care se întocmește în 3 exemplare; să păstreze un exemplar al biletului de trimitere; să înmâneze asiguratului 2 exemplare ale biletului de trimitere în vederea depunerii de către acesta la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești; în situația în care furnizorul de servicii medicale clinice acordă servicii medicale pe baza biletului de trimitere eliberat de alt medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, este obligat să păstrează un exemplar și să depună la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității;

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în Programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

9. să respecte programul de lucru stabilit conform contractului, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia 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;

11. să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. 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 bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială,

13. să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

14. să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

15. să acorde servicii medicale asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

17. să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;