**DREPTURILE SI OBLIGATIILE ASIGURATIILOR**

       Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanţare a ocrotirii sănătăţii populaţiei care asigură accesul la un pachet de servicii de bază, cuprinzând servicii medicale preventive şi curative, servicii de îngrijire a sănătăţii, medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale.   
       Asiguraţii au dreptul la un pachet de servicii de bază, în conformitate cu Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, Titlul VIII Asigurările sociale de sănătate. Pachetul de servicii de bază este stabilit prin contractul-cadru elaborat de CNAS, în colaborare cu organizaţiile implicate în sistem. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătăţii Publice, şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului.   
  
       Contractul-cadru reglementează, în principal, condiţiile acordării asistenţei medicale cu privire la:   
a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;  
b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale şi a altor servicii pentru asiguraţi aferente pachetului de servicii de bază prevazut la lit. a);   
c) criteriile şi standardele calităţii pachetului de servicii;  
d) alocarea resurselor şi controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;   
e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare şi actele necesare în acest scop;   
f) internarea şi externarea bolnavilor;   
g) măsuri de îngrijire la domiciliu şi de recuperare;   
h) condiţiile acordării serviciilor la nivel regional şi lista serviciilor care se pot contracta la nivel judeţean, precum şi a celor care se pot contracta la nivel regional;   
i) prescrierea şi eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor şi a ortezelor, a dispozitivelor medicale;   
j) modul de informare a asiguraţilor;   
k) coplata pentru unele servicii medicale.   
       Asiguraţii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului şi până la vindecare, în condiţiile stabilite de Legea nr. 95 / 2006.   
  
       **Asiguraţii au următoarele drepturi:**  
a) să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum şi casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condiţiile prezentei legi şi a contractului-cadru;   
b) să fie înscrişi pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condiţiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opţiunea este pentru un medic din altă localitate;   
c) sa isi schimbe medicul de familie ales numai dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe listele acestuia;   
d) sa beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale in mod nediscriminatoriu, in conditiile legii;   
e) sa efectueze controale profilactice, in conditiile stabilite prin contractul-cadru; f) sa beneficieze de servicii de asistenta medicala preventiva si de promovare a sanatatii, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;   
g) sa beneficieze de servicii medicale in ambulatorii si in spitale aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;   
h) sa beneficieze de servicii medicale de urgenta;   
i) sa beneficieze de unele servicii de asistenta stomatologica;   
j) sa beneficieze de tratament fizioterapeutic si de recuperare;   
k) sa beneficieze de dispozitive medicale;   
l) sa beneficieze de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;   
m) sa li se garanteze confidentialitatea privind datele, in special in ceea ce priveste diagnosticul si tratamentul;   
n) sa aiba dreptul la informatie in cazul tratamentelor medicale;   
o) sa beneficieze de concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in conditiile legii.   
  
       **Obligatiile asiguratilor**pentru a putea beneficia de aceste drepturi sunt urmatoarele:   
a) sa se inscrie pe lista unui medic de familie;   
b) sa anunte medicul de familie ori de cate ori apar modificari in starea lor de sanatate;   
c) sa se prezinte la controalele profilactice si periodice stabilite prin contractul-cadru;   
d) sa anunte in termen de 15 zile medicul de familie si casa de asigurari asupra modificarilor datelor de identitate sau modificarilor referitoare la incadrarea lor intr-o anumita categorie de asigurati;   
e) sa respecte cu strictete tratamentul si indicatiile medicului;   
f) sa aiba o conduita civilizata fata de personalul medico-sanitar;   
g) sa achite contributia datorata fondului si suma reprezentand coplata, in conditiile stabilite prin contractul-cadru;   
h) sa prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative ce atesta calitatea de asigurat.   
  
       Persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat beneficiaza de servicii medicale numai in cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemo-epidemic si cele prevazute in Programul national de imunizari, monitorizarea evolutiei sarcinii si a lauzei, servicii de planificare familiala in conditiile art. 223, in cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.