

**CONTRACT**  
**de furnizare de servicii medicale spitalicești**  
**nr. 201/2010**

**I. Părțile contractante**

**Casa De Asigurări De Sănătate Dolj**, cu sediul în municipiul Craiova, str. 1 Decembrie 1918, nr. 8, județul Dolj, telefon 0251-406666, fax 0251-553406, reprezentată prin președinte - director general Alina - Elena Tanasescu,

și

**Spitalul Filișanilor Filiași**, cu sediul în Filiași, str. Racoteanu, nr. 216, telefon 0251/441234, fax 0251/441234, e-mail spitalul\_filiasi@yahoo.com, reprezentată prin Ioana Dumitru,

**II. Obiectul contractului**

ART. 1 (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract.

**III. Servicii medicale spitalicești**

Art.2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație



contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

#### IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data 1 mai 2010 la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

#### V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

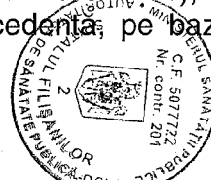
d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării 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 sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate 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;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. ac), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a



*[Handwritten signature]*



documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme:

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

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform normelor;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

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

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

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 este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

e) 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;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) 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;



*[Handwritten signature]*



h) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sanatare publica judetene sau a municipiului Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor 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 prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor 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, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic



*Dur*



integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și în normele de aplicare a acestuia;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

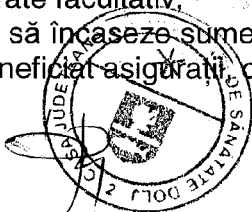
y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010; precum și nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

z) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

w) situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

aa) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații cu respectarea prevederilor legale în vigoare;



A handwritten signature in black ink.

A handwritten signature in black ink.



ac) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

af) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

ag ) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi, prescripția medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ah) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G.nr. 262/2010.

## VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

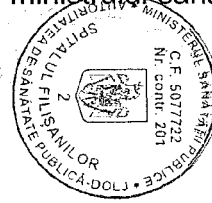
a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, în valoare de **4.213.347,30 lei**, stabilită conform Anexei nr. 1, parte integrantă a prezentului contract.

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale – *nu este cazul*.

c) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din spitalele de cronici și de recuperare - *nu este cazul*.



*Du*



d) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, în valoare de **70.498,96 lei**, stabilită conform Anexei nr. 2, parte integrantă a prezentului contract.

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2010 este de **4.835.052,00 lei**.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2010 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

TRIM./LUNA	DRG	CRONICI	ACUTI	SPITALIZARE DE ZI	INVESTIGATII PARACLINICE	TOTAL
0	1	2	3	4	5	6=1+2+3+4+5
IANUARIE	533.753,28	0,00	0,00	5.080,99	3.643,73	542.478,00
FEBRUARIE	533.753,28	0,00	0,00	5.080,99	3.643,73	542.478,00
MARTIE	533.753,28	0,00	0,00	5.080,99	3.643,73	542.478,00
<b>TRIM I</b>	<b>1.601.259,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>15.242,97</b>	<b>10.931,19</b>	<b>1.627.434,00</b>
APRILIE	533.753,28	0,00	0,00	5.080,99	0,00	538.834,27
MAI	631.788,07	0,00	0,00	10.035,00	8.176,93	650.000,00
IUNIE	631.788,07	0,00	0,00	10.035,00	8.176,93	650.000,00
<b>TRIM. II</b>	<b>1.797.329,42</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>25.150,99</b>	<b>16.353,86</b>	<b>1.838.834,27</b>
IULIE	631.788,07	0,00	0,00	10.035,00	8.176,93	650.000,00
AUGUST	69.339,26	0,00	0,00	10.035,00	8.176,93	87.551,19
SEPTEMBRIE	1.280,89	0,00	0,00	0,00	8.176,93	9.457,82
<b>TRIM III</b>	<b>702.408,22</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>20.070,00</b>	<b>24.530,79</b>	<b>747.009,01</b>
OCTOMBRIE	1.280,89	0,00	0,00	0,00	8.176,93	9.457,82
NOIEMBRIE	1.280,89	0,00	0,00	0,00	8.176,93	9.457,82
DECEMBRIE	109.788,04	0,00	0,00	10.035,00	8.176,96	128.000,00
<b>TRIM IV</b>	<b>112.349,82</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>10.035,00</b>	<b>24.530,82</b>	<b>146.915,64</b>
<b>TOTAL AN 2010</b>	<b>4.213.347,30</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>70.498,96</b>	<b>76.346,66</b>	<b>4.360.192,92</b>
<b>ACT ADITIONAL nr. 679/12.01.2010,</b>	<b>467.344,08</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7.515,00</b>	<b>0</b>	<b>474.859,08</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>4.680.691,38</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>78.013,96</b>	<b>76.346,66</b>	<b>4.835.052,00</b>

(4) Lunar, până la data de 15 a lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. (ac), casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 7, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de 17 a lunii.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(5) Trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la această dată, conform



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40 % din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(8) Reținerea sumei conform alin. (7) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată.

(9) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (7) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr. RO02TREZ2945041XXX000026, deschis la Trezoreria Statului.

## VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

## VIII. Răspunderea contractuală

ART. 10 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 11 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

## IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să





prezintă un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 14 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

#### **X. Încetarea și suspendarea contractului**

ART. 15 (1) - Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 18 și art. 20 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr. 262/2010, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

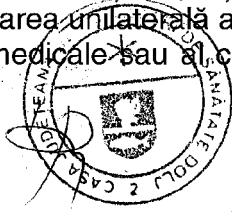
a) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

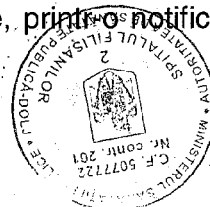
d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă,



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) și la art. 16 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

## **XI. Corespondența**

ART. 18 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

## **XII. Modificarea contractului**

ART. 19 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

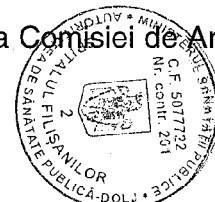
## **XIII. Soluționarea litigiilor**

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.



*Handwritten signature*



#### XIV. Alte clauze

a) Valoarea actelor adiționale de prelungire nr. 35.995.1/28.12.2009, 1981/26.01.2010, 4684/26.02.2010, 9209/01.04.2010, la contractul nr. 201/2009 este inclusă în valoarea prezentului contract.

b) Repartiția indicatorilor pe secții este orientativă, cu obligația încadrării în numărul și valoarea totală contractată pe fiecare tip de serviciu în parte.

c) Decontarea serviciilor medicale contractate se realizează în limitele prevederilor bugetare trimestriale aprobate de CNAS precum și a creditelor bugetare deschise de ordonatorul principal de credite, pe fiecare sursă de finanțare.

d) Valoarea actului adițional nr. 679/12.01.2010, este inclusă în valoarea de contract pe anul 2010.

e) Anexele la prezentul contract fac parte integrantă din acesta.

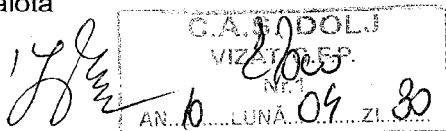
Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30.04.2010, în două exemplare a câte 11 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,  
Alina - Elena Tanasescu



Director executiv al Direcției  
Management și Economică,  
Barbu Calota



Director executiv al Direcției  
Relații cu Furnizorii,  
Florin-Gabriel Bonciog

Vizat  
Juridic, Contencios și Aplicare  
acorduri internaționale,

2ex./11pag./CM

#### FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,  
Ioana Dumitru

Director medical,  
Mariana Georgescu

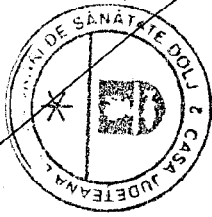


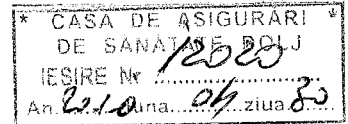
Director financiar-contabil,  
Elisabeta Cosma

Director de îngrijiri,

Director de cercetare-dezvoltare,

*Jind KSA*





**Anexa la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești  
Nr. 201/2010**

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. 9417/16.04.2010,
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz nr. 236/30.07.1973,
- autorizația sanitară de funcționare nr. 69/12.02.2010,
- dovada de evaluare nr. 5/25.09.2009,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare 5077722,
- contul nr. RO02TREZ2945041XXX000026, deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ...., deschis la Banca .....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului) nr. DJ0008090000453/ 23.12.2009,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. 4797/14.04.2010,
- lista afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea, conform prevederilor art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;
- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale (DCI) și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical;
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului conform cu ordinele nr. 371/2008, 2122/2008; 352/2009.,
- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;
- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 17 la Normele metodologice,



- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**Președinte - Director general,  
Alina - Elena Tanasescu**



**Director executiv al Direcției  
Management si Economica,  
Barbu Calota**

**Director executiv al Direcției  
Relații cu Furnizorii,  
Florin-Gabriel Bonciog**

**Vizat  
Juridic, Contencios si Aplicare  
acorduri internationale,**

2ex./2pag./CM

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

**Manager,  
Ioana Dumitru**



**Director medical,  
Mariana Georgescu**

**Director financiar-contabil,  
Elisabeta Cosma**

**Director de îngrijiri,**

**Director de cercetare-dezvoltare,**

**ANEXA NR. 1**  
**la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 201/2010**

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

**IANUARIE-MARTIE 2010**

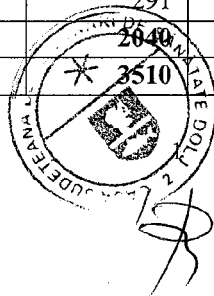
Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2008*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2009**)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Chirurgie generala	210	0,7882	1.382	228.751,40
Neurologie	210	0,7882	1.382	228.751,40
O.R.L.	210	0,7882	1.382	228.751,40
Medicina interna	210	0,7882	1.382	228.751,40
Neonatologie	210	0,7882	1.382	228.751,40
Pediatric	210	0,7882	1.382	228.751,40
Obstetrica-ginecologie	210	0,7882	1.382	228.751,40
<b>TOTAL</b>	<b>1470</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>1.601.259,84</b>

\*) Indicele de case-mix pentru anul 2008 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2009 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

**APRILIE-DECEMBRIE 2010**

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2009*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2010**)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
Chirurgie generala	294***	0.9215	1390	375.662,22
Comp. Neurologie	291	0.9215	1390	372.737,54
O.R.L.	291	0.9215	1390	372.737,54
Medicina interna	291	0.9215	1390	372.737,54
Comp. Neonatologie	291	0.9215	1390	372.737,54
Pediatric	291	0.9215	1390	372.737,54
Obstetrica-ginecologie	291	0.9215	1390	372.737,54
<b>TOTAL</b>	<b>2040</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>2.612.087,46</b>
<b>TOTAL AN 2010</b>	<b>3510</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>4.213.347,30</b>



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



\*) Indicele de case-mix pentru anul 2009 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010.

\*\*) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

\*\*\*) Urmare a faptului ca numarul de cazuri rezultat in urma negocierii, raportat la suma contractata este 293,28 se rotunjeste la un caz, care va fi decontat in limita valorii contractate.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

Președinte, Director general,  
Alina-Elena Tanasescu

Manager,  
Ioana Dumitru

Director executiv al Direcției  
management si economic,  
Barbu Calota

Director Medical,  
Mariana Georgescu

Director executiv al Direcției R.F.,  
Florin-Gabriel Bonciog

Director Financiar-Contabil,  
Elisabeta Cosma

Vizat,  
Juridic, contencios si  
Aplicare Acorduri internationale,

Director de Ingrijiri,

Director pentru cercetare – dezvoltare

2ex./2pag./cs



**ANEXA NR. 2**  
**la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 201/2010**

d) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

**IANUARIE-DECEMBRIE 2010**

Sectia	Numărul de servicii medicale contractate, pe tipuri	Tarif pe caz rezolvat/ serviciu medical negociat*	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3	C4= C2xC3
Camera de primiri urgente	1567**	45	70.498,96
<b>TOTAL</b>	<b>1567</b>	<b>x</b>	<b>70.498,96</b>

\*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.

\*\*\*) Urmare a faptului ca numarul de cazuri rezultat in urma negocierii, raportat la suma contractata este 1566,64 se rotunjeste la un caz, care va fi decontat in limita valorii contractate.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Președinte Director general,  
Alina Elena Tanasescu

Director executiv al Direcției  
management și economic,  
Barbu Calota

Director executiv al Direcției R.F.,  
Florin-Gabriel Bonciog

Vizat,  
Juridic, contencios și  
Aplicare acorduri internaționale,

2ex./1pag./cs

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

Manager,  
Ioana Dumitru

Director Medical,  
Mariana Georgescu

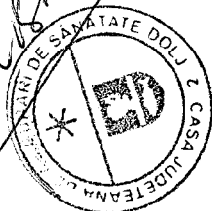
Director Financiar-Contabil,  
Elisabeta Cosma

Director de Ingrijiri,

Director pentru cercetare – dezvoltare



*5700 0285*



**ANEXA NR. 3**  
**la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 201/2010**

**Defalcarea trimestrială a numărului de cazuri contractate, pe tipuri de servicii medicale.**

Nr. crt	Tip serviciu	Numar cazuri				
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Total
1	DRG	1470	1403	549	88	<b>3510</b>
2	SPITALIZARE DE ZI	339	559	446	223	<b>1567</b>

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Președinte, Director General,  
Alina-Elena Pașănescu



Director executiv al Direcției  
management și economic,  
Barbu Calota

Director executiv al Direcției R.F.,  
Florin-Gabriel Bonciog

Vizat,  
Juridic, contencios și  
Aplicare acorduri internaționale,

2ex./1pag./cs

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

Manager,  
Ioana Dumitru

Director Medical,  
Mariana Georgescu

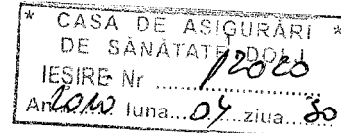
Director Financiar-Contabil,  
Elisabeta Cosma

Director de Ingrijiri,

Director pentru cercetare – dezvoltare







**ACT ADITIONAL I**  
**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate**  
**din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, la contractul de furnizare de**  
**servicii medicale spitalicești**  
**nr.201/2010**

**I. Părțile contractante**

**Casa de asigurări de sănătate Dolj**, cu sediul în municipiul/orașul Craiova, str. 1 Decembrie 1918 nr. 8 județul/sectorul Dolj, telefon 0251/406666, fax 0251/553406, reprezentată prin președinte - director general Alina Elena Tănăsescu,

și  
Ambulatoriul de specialitate integrat din structura **Spitalului „Filisanilor” Filiasi**, având sediul în orasul Filiasi, str. Racoteanu nr.218, județul Dolj, telefon/fax 0251/441234, reprezentat prin Dr. Dumitru Ioana în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

**II. Obiectul actului aditional**

ART. 1 Obiectul prezentului act aditional îl constituie furnizarea serviciilor medicale - consultații în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru *specialitățile clinice*, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia, de către **medicii care desfășoară activitate în cabinetele medicale specialitate din Ambulatoriul integrat spitalului, prevăzute la art.47, alin.2, lit.b din HG nr.262/2010.**

**III. Servicii medicale de specialitate furnizate**

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, în următoarele specialități și competențe/atestat de studii complementare, conform anexei la prezentul act aditional.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici, conform anexei la prezentul act aditional.

**IV. Durata actului aditional**

ART. 4 Prezentul act aditional este valabil de la data de 1 mai 2010 până la 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului act aditional se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței



*Alina Elena Tănăsescu*

*Dr. Dumitru Ioana*

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

## **V. Obligațiile părților**

### **A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate**

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie acte aditionale numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii actelor aditionale, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de act aditional a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale clinice, la termenele prevăzute în actul aditional, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale clinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

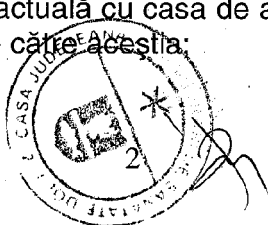
d) să informeze furnizorii de servicii medicale clinice cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

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 finalizării 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 sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate 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 atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate; precum și numărul total național de puncte realizat, afișat pe pagina de web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia;



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



i) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale clinice 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 deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice 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;

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere;

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical / serviciu medical-caz în condițiile stabilite prin 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 legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

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 actului adițional de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contract-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

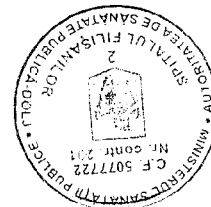
5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate

7. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

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. a. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul act adițional și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare.



b. programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării actului adițional.

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii actului adițional de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării actelor adiționale;

11. să asigure respectarea prevederilor 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 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, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

17. să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

21. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor 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 în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





22. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

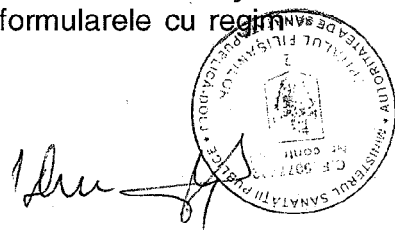
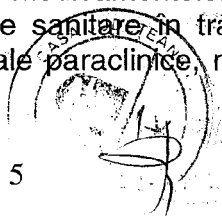
23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

-26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

27. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a recomandărilor pentru investigații medicale paraclinice, numai formularele cu regim



special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform actului adițional încheiat.

28. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

32. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și trimestrial mișcarea acestora;

34. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform actelor adiționale încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

## VI. Modalități de plată

### ART. 8

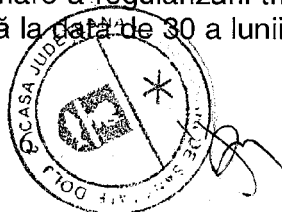
(1) Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și tarif pe serviciu medical – caz pentru servicii medicale de acupunctură.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară, pentru anul 2010; valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 0,9 lei.

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, potrivit actelor adiționale încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile lucratoare de la încheierea fiecărei luni.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

Pentru trimestrul II, decontarea ca urmare a regularizării trimestriale se realizează în două etape, după cum urmează : până la data de 30 a lunii a doua a trimestrului și



Handwritten signature.



până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical nu poate fi mai mică decât valoarea minim garantată a unui punct pe serviciu.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical\*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat actul aditional: conform conform anexelor 1 și 2 la prezentul contract.

\*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

ART. 10 Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, se majorează în funcție de:

- a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu .....%
- b) gradul profesional, cu .....%.

#### **VII. Calitatea serviciilor medicale**

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului act aditional trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

#### **VIII. Răspunderea contractuală**

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 13 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării actului aditional și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului act aditional se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea actului aditional.

#### **IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a actului aditional**

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, în lipsa acestora, se diminuează contravaloarea



*Handwritten signature*



serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și de unele materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii la care se constata acestea, sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferentă lunii în care s-au produs aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct 2, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20, 23, 28 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 33 consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1) și alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 15 Actul aditional de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării actului aditional de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;



A handwritten signature in black ink, appearing to be "Dum".



d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului act adițional, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22 și 29 precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform actului adițional în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9. a., 11, 15, 16, 17, 20 și 23;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform actelor adiționale încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b), c) și h) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

j) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în actul adițional prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, actul adițional se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută la art. 7 pct. 27.

ART. 16 Actul adițional de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

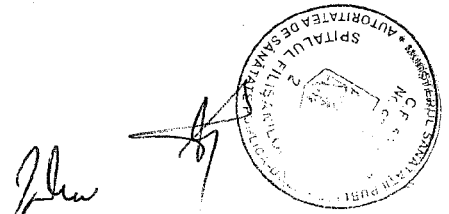
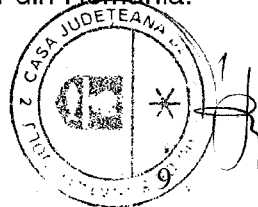
c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a actului adițional de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea actului adițional, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.



ART. 17 (1) Actul aditional de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestuia;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de direcțiile de sănătate publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a actului aditional;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în actul aditional, care se află în această situație.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform actelor aditionale încheiate se suspendă dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea actului aditional.

## X. Corespondența

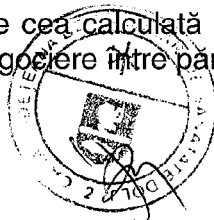
ART. 19 (1) Corespondența legată de derularea prezentului act aditional se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act aditional, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

## XI. Modificarea actului aditional

ART. 20 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act aditional, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.



ART. 22 (1) Dacă o clauză a acestui act adițional ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului actului adițional.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului act adițional, toate celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a actului adițional.

ART. 23 Prezentul act adițional se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui act adițional.

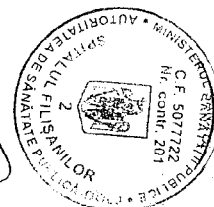
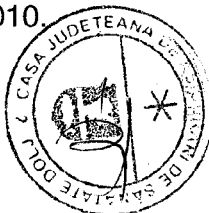
## XII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

## XIII. Alte clauze

1. Decontarea serviciilor medicale, în baza art. 9 din actul adițional, se va efectua în limita prevederilor bugetare.
2. Modificarea programului de activitate al medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de servicii medicale în asistenta medicală din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, intra în vigoare din luna următoare celei în care furnizorul comunica CAS Dolj programul de lucru modificat.
3. Introducerea de medici noi în activitatea furnizorului de servicii medicale în asistenta medicală din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, se va face în urma aprobării de către comisia organizată conform art. 42 alin. 4 din HG nr. 262/2010.
4. Declararea necorespunzătoare adevărului, făcută de către furnizorul de servicii medicale Casei de Asigurări de Sănătate Dolj, în vederea producerii unei consecințe juridice, conduce la rezilierea de plin drept a actului adițional.
5. Serviciile medicale efectuate de către medicii care desfășoară activitate în cabinetele medicale în specialitățile de oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice aflate în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică se vor deconta din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice.
6. Serviciile medicale efectuate de către medicii care desfășoară activitate în cabinetele medicale de specialitate prevăzute la art.47, alin.2, lit.b din HG nr.262/2010 se vor deconta din fondul alocat asistentei medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în anexa la Normele metodologice de aplicare a Contractului – cadru pentru anul 2010.



*[Handwritten signatures]*

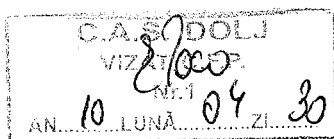
Prezentul act aditional de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ....., în două exemplare a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**Președinte - Director general,**  
Alina - Elena Tanăsescu



**Director executiv al Direcției  
Management si Economica,**  
Barbu Calota



**Director executiv al Direcției  
Relații cu Furnizorii,**  
Florin-Gabriel Bonciog

*FB*

**Vizat  
Juridic, Contencios si Aplicare  
acorduri internationale**



**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

**Manager,**  
Dr.Dumitru Ioana

*DI*



**Director financiar-contabil,**  
Ec.Cosma Elisabeta

*ec*

2ex./12pag./DV

*[Signature]*



**ACT ADITIONAL II**  
**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din**  
**ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice**  
**la contractul de servicii medicale spitalicesti**  
**nr. 201/2010**

**I. Părțile contractante**

**Casa de asigurări de sănătate Dolj**, cu sediul în municipiul Craiova, str. 1 Decembrie, nr. 8, județul Dolj, telefon 0251-406666, fax 0251-553406, reprezentată prin președinte - director general Alina - Elena Tanasescu,

și

Laboratoare din structura **Spitalul Filiașanilor Filiași**, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului ..... având sediul în municipiul Filiași, str. Racoșeanu Racoșeanu, nr. 216, județul Dolj, telefon 0251/441234, adresă de e-mail spitalul\_filiasi@yahoo.com, fax 0251/441234, reprezentat prin Ioana Dumitru, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

**II. Obiectul actului aditional**

ART. 1 Obiectul prezentului act aditional îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

**III. Serviciile medicale de specialitate furnizate**

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în următoarele specialități:

- a) **MEDICINA DE LABORATOR;**
- b) **ANATOMIE PATOLOGICA;**
- c) **RADIODIAGNOSTIC;**

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

1) Medic

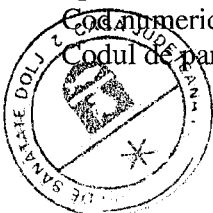
Nume: BOJAN Prenume: IONEL

Grad profesional: Specialist

Specialitatea: **MEDICINA DE LABORATOR**

Cod numeric personal: 1690121280797

Codul de parafa al medicului: 879857



*[Signature]* 1

*[Signature]*



Program zilnic de activitate: 8 ore

2) Medic

Nume: MALAI Prenume: MIRON-GHEORGHE

Grad profesional: Primar

Specialitatea: ANATOMIE PATOLOGICA

Cod numeric personal: 1690516163263

Codul de parafa al medicului: 674833

Program zilnic de activitate: 6 ore

3) Medic

Nume: DUMITRU Prenume: IANULA

Grad profesional: Specialist

Specialitatea: RADIODIAGNOSTIC

Cod numeric personal: 2800522160040

Codul de parafa al medicului: A92714

Program zilnic de activitate: 6 ore

4) Medic

Nume: NICOLAU Prenume: MADALINA-CRISTINA

Grad profesional: Primar

Specialitatea: RADIODIAGNOSTIC

Cod numeric personal: 2610907163251

Codul de parafa al medicului: 673164

Program zilnic de activitate: 6 ore

#### IV. Durata actului aditional

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data de 1 mai 2010 până la 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului act aditional se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

#### V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie acte aditionale numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii lor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea actelor aditionale și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în actul aditional, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în limita valorii alocate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale



*Handwritten signature*

suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora, survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative ;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării 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 sau cu participarea acesteia notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate 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;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat acte aditionale, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și/sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului. În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului, nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

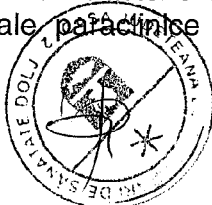
g) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate ;

h) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze 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 ;

j) să deducă spre soluționare organelor abilitate, situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin HG nr.262/2010.

## **B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice**

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

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 actului aditional de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura va fi însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, 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, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

e) 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.

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) 1. să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul act aditional și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare.

h) 2. programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii actului aditional de furnizare de servicii medicale paraclinice, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;



*[Handwritten signature]*

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor 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 în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale numai pe baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

p) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

r) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

u) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situația în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să calibreze și să spele aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice din cărțile tehnice ale acestora și să consemneze aceste operațiuni, pentru conformitate și regularitate în documentele obligatorii de control intern, conform legii;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, pe toată perioada de derulare a actului aditional, cu excepția furnizorilor de servicii medicale paraclinice aparținând rețelei sanitare proprii a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești cu condiția ca acești furnizori să facă dovada demersurilor necesare pentru obținerea certificării ISO în termen de maxim 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie act aditional privind furnizarea de servicii medicale paraclinice o declarație pe propria răspundere cu privire la actele aditionale/contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare ;

ac) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform actelor aditionale/contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;



*Handwritten signature*

ad) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform actului adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și a oricăror alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezența unui medic de specialitate de medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie și imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în actul adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator / punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării actului adițional de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în norme;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice – analize medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie, după caz, imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizații conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr.83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr.598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform prezentului act adițional, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

## VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Numarul de servicii paraclinice și tariful negociat exprimat în lei, sunt prezentate în Anexa nr. 4, parte integrantă din prezentului act adițional.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în Anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii.

- Suma anuală contractată prin prezentul act adițional este **76.346,66 lei**,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I **10.931,19 lei**,

din care:

- luna **3.643,73 lei**



*[Handwritten signature]*

7

*[Handwritten signature]*



- luna II	3.643,73 lei
- luna III	3.643,73 lei
- Suma aferentă trimestrului II	<b>16.353,86 lei,</b>
din care:	
- luna IV	0,00 lei
- luna V	8.176,93 lei
- luna VI	8.176,93 lei
- Suma aferentă trimestrului III	<b>24.530,79 lei,</b>
din care:	
- luna VII	8.176,93 lei
- luna VIII	8.176,93 lei
- luna IX	8.176,93 lei
- Suma aferentă trimestrului IV	<b>24.530,82 lei,</b>
din care:	
- luna X	8.176,93 lei
- luna XI	8.176,93 lei
- luna XII	8.176,96 lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate în termen de 5 zile lucratoare de la încheierea fiecărei luni.

#### VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului act adițional trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

#### VIII. Răspunderea contractuală

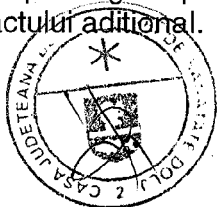
ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

#### IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării actului adițional și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului act adițional se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea actului adițional.



*Handwritten signature*



ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat actul aditional.

#### **X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului**

ART. 14 În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), și s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

Reținerea sumelor conform celor de mai sus, se face din prima plată care urmează a fi efectuată.

ART. 15 Actul aditional de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază deplin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri conform prevederilor legale în vigoare ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării actului aditional de furnizare de servicii medicale paraclinice de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice ;

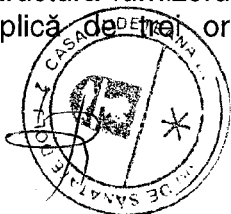
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la data încetării valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului respectiv de la data încetării valabilității acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform prezentului act aditional, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7, lit. a), c), i), k), n), p), q), t), x), y), z), w, ac), ag) ah) și ai), a obligației contractuale prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform actului aditional, în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

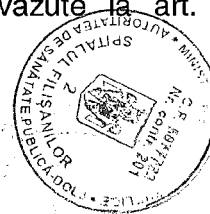
g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h) 1., j), l), m), o), r) și s); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care a încheiat act aditional de furnizare de servicii medicale paraclinice cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 de câte trei ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de trei ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 pentru



*[Handwritten signature]*

9

*[Handwritten signature]*



nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea actului aditional, operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7, lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat act aditional cu aceasta, rezilierea actului aditional operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător actul aditional;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform actelor aditionale încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din actele aditionale încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din actul aditional;

ART. 16 Actul aditional încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a actului aditional de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea actului aditional, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 17 Actul aditional de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestui; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestui;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de direcțiile de sănătate publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a actului aditional;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din



*Handwritten signature*

exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în această situație.

e) în situația prevăzută la art. 7 lit. ad).

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform actelor aditionale încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat act aditional cu aceasta, condițiile de reziliere a actelor aditionale, prevăzute la art. 15 lit. e), j), condițiile de reziliere a actelor aditionale, prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a actelor aditionale prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) și s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea actului aditional în mod corespunzător. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea actului aditional.

## XI. Corespondența

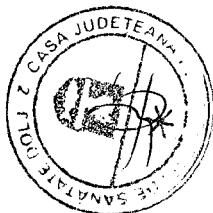
ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului act aditional se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act aditional să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită.

## XII. Modificarea actului aditional

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act aditional, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului act aditional, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței



*[Handwritten signature]*

11/ *[Handwritten signature]*



medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22(1) Dacă o clauză a acestui act adițional ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale sale nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului actului adițional.

(2) Dacă încetează valabilitatea a autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a actului adițional.

ART. 23 Prezentul act adițional se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui act adițional.

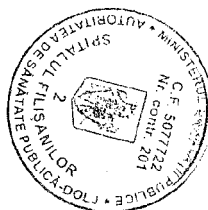
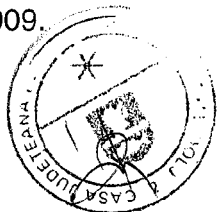
### **XIII. Soluționarea litigiilor**

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, sau, după caz, a instanțelor de judecată.

### **XIV. Alte clauze**

1. Decontarea serviciilor medicale paraclinice, în baza art. 9 din actul adițional, se va efectua în limita prevederilor bugetare.
2. Modificarea programului de activitate al medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de servicii medicale paraclinice, intra în vigoare din luna următoare celei în care furnizorul de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice comunica CAS Dolj programul de lucru modificat.
3. Introducerea de medici noi în activitatea furnizorului de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, se va face din luna următoare celei în care acesta comunica CAS Dolj numele medicului respectiv, însoțit de actele prevăzute de normele legale în vigoare.
4. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va efectua direct toate tipurile de investigații paraclinice contractate cu CAS Dolj și nu va încheia subcontracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigații paraclinice, sub sancțiunea rezilierii de plin drept a actului adițional.
5. Declarația necorespunzătoare adevărului, făcută de către furnizorul de servicii medicale Casei de Asigurări de Sănătate Dolj, în vederea producerii unei consecințe juridice, conduce la rezilierea de plin drept a actului adițional.
6. În valoarea contractată pe anul 2010 sunt cuprinse și sumele alocate pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în Ambulatoriul de specialitate integrat spitalului, în lunile ianuarie, februarie, martie și aprilie 2010, în baza actului adițional II la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr. 201/2009.



*Handwritten signature*

7. Furnizorul de servicii medicale are obligatia de a prezenta CAS Dolj buletinul de verificare periodica eliberat de catre Oficiul Tehnic de Dispozitive Medicale pentru aparatul/aparatele pentru care normele legale incidente in materie impun necesitatea acestui document pana la data de 17 mai 2010. Daca furnizorul de servicii medicale nu depune la CAS Dolj acest document, CAS Dolj va proceda la recalcularea punctajului acordat pentru criteriul de evaluare a resurselor-evaluarea capacității resurselor tehnice si a sumelor rezultate din aplicarea acestuia, respectiv a sumei contractate sau, dupa caz, la rezilierea contractului, in cazul in care nu mai pot functiona in mod legal fara respectivele buletine de verificare. Dupa expirarea termenului de 30 de zile, furnizorul de servicii medicale paraclinice nu isi mai poate completa documentatia aferenta.
8. In cazul in care furnizorul de servicii medicale paraclinice nu prezinta documentul care face dovada indeplinirii criteriului de calitate pana la data de 1 iulie 2010, prezentul act aditional se reziliaza.

Prezentul act aditional de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ~~30.07.2010~~ în două exemplare a câte 13 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,  
Alina Elena Tanasescu



Director executiv al Direcției  
Management si Economica,  
Barbu Calota

*[Handwritten signature]*

Director executiv al Direcției  
Relații cu Furnizorii,  
Florin-Gabriel Bonciog

*[Handwritten signature]*

Vizat  
Juridic, Contencios si Aplicare  
acorduri internationale,



2ex./13pag./CM

*[Handwritten signature]*

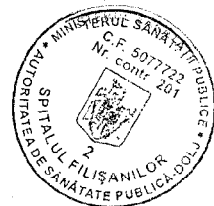
#### FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,  
Ioana Dumitru

*[Handwritten signature]*

Director medical,  
Mariana Georgescu

*[Handwritten signature]*



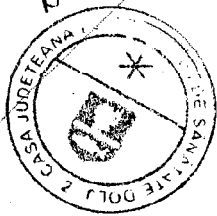
Director financiar-contabil,  
Elisabeta Cosma

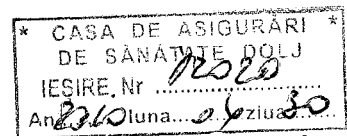
*[Handwritten signature]*

Director de îngrijiri,

Director de cercetare-dezvoltare,

FILA de BOA

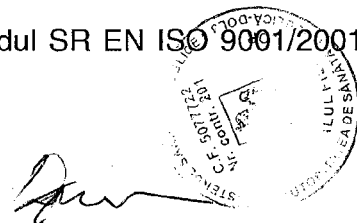




**Anexă la actul aditional de furnizare de servicii medicale  
în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile  
paraclinice la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești  
nr. 201/2010**

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală nr. 9417/16.04.2010,
- Certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale ..... nr. ...., actul de înființare sau organizare a unității sanitare conform cu ordinele nr. 371/2008, 2122/2008; 352/2009. (furnizorii organizați conform O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de înființare și organizare), în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze,
- autorizație sanitară de funcționare nr. 69/12.02.2010 /raportul de inspecție nr.....eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege
- cont nr. RO02TREZ2945041XXX000026 deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....deschis la Banca .....
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare 5077722 sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului DJ0008090000453/ 23.12.2009,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. 5/25.09.2009,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare 4797/14.04.2010,
- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr....., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 17025 / SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat,
- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2001 sau alt standard adoptat în România nr.....,



- dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale nr.....,

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Președinte - Director general,  
Alina - Elena Tanasescu



Director executiv al Direcției  
Management si Economica,  
Barbu Calota

Director executiv al Direcției  
Relații cu Furnizorii,  
Florin-Gabriel Bonciog

Vizat  
Juridic, Contencios si Aplicare  
acorduri internationale,

2ex./2pag./CM

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

Manager,  
Ioana Dumitru



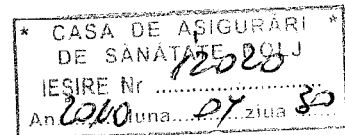
Director medical,  
Marina Georgescu

Director financiar-contabil,  
Elisabeta Cosma

Director de îngrijiri,

Director de cercetare-dezvoltare,





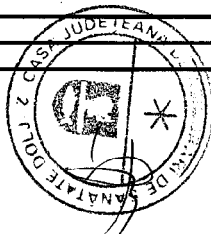
ANEXA NR. 4

la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti nr. 201/2010

Suma aferenta investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, conform actului aditional II.

IANUARIE-MARTIE 2010

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Nr. de servicii negociat*)	Suma (col.2xcol.3)
<b>- Hematologie</b>				
1	Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit, numaratoare eritrocite, numaratoare leucocite, numaratoare trombocite, formula leucocitara, Indici eritrocitari *1)	12,93	140	1.810,20
2	Numaratoare reticulocite*1)	2,87		0,00
3	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,18		0,00
4	VSH*1)	2,43	66	160,38
5	Timp de coagulare	2,81		0,00
6	Timp de sangerare	2,71		0,00
7	Timp Quick, activitate de protrombina*1)	6,66	8	53,28
8	INR *1)(International Normalised Ratio)	7,87		0,00
9	APTT	11,35		0,00
10	Determinare grup sanguin ABO (la gravida*1)	6,96	2	13,92
11	Determinare grup sanguin Rh (la gravida*1)	7,27	4	29,08
12	Anticorpi specifici antiRh (la gravida*1)	6,96		0,00
<b>- Biochimie</b>				
13	Jree serica*1)	5,41	94	508,54
14	Acid uric seric*1)	5,41	13	70,33
15	Creatinina serica*1)	5,46	90	491,40
16	Calciu ionic seric*1)	7,27	22	159,94
17	Calciu seric total*1)	4,95	50	247,50
18	Magneziemie*1)	4,95	11	54,45
19	Sideremie*1)	6,55	1	6,55
20	Glicemie*1)	5,30	157	832,10
21	Colesterol seric total*1)	5,30	4	21,20
22	Trigliceride serice*1)	6,49	94	610,06
23	HDL colesterol (numai în HTA si obezitate si dislipidemii la copii*1)	7,55		0,00
24	LDL (numai în HTA si obezitate si dislipidemii la copii*1)	7,10		0,00
25	Lipide totale serice	5,77	4	23,08
26	Proteine totale serice*1)	6,49		0,00
27	TGO *1)	5,38	109	586,42
28	TGP*1)	5,41	124	670,84
29	Fosfataza alcalina*1)	7,19		0,00
30	Fibrinogenemie *1)	12,62		0,00
31	Gama GT	7,38	6	44,28
32	LDH	8,20		0,00
33	Bilirubina totala	5,41	2	10,82
34	Bilirubina directa*1)	5,41		0,00
35	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,02	10	140,20
36	Electroforeza lipidelor serice	15,79		0,00
37	VDRL*1)	5,07	3	15,21
38	RPR*1)	5,06		0,00
39	Confirmare TPHA*1),*4)	11,34		0,00
40	Hemoglobina glicozilata	20,85		0,00
<b>- Imunologie</b>				
41	ASLO*1)	10,59	21	222,39
42	Factor reumatoid	8,61		0,00
43	Proteina C reactiva*1)	9,84	7	68,88
44	Complement seric C3	10,00		0,00
45	Complement seric C4	10,00		0,00

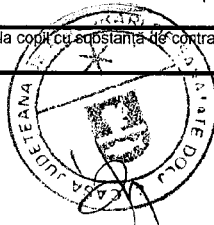
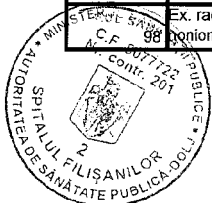


1

*[Handwritten signature]*



46	Depistare Chlamydiei	18,03		0,00
47	Depistare Helicobacter Pylori	19,92		0,00
48	Testare HIV (la gravida <sup>*1</sup> )	30,71	3	92,13
49	TSH	18,91		0,00
50	FT4	19,22		0,00
51	Ag HBs (screening) <sup>*2)</sup>	28,74	34	977,16
52	Anti-HAV IgM <sup>*2)</sup>	37,81		0,00
53	Anti-HBc <sup>*2)</sup>	30,24		0,00
54	Anti HCV <sup>*2)</sup>	59,88	3	179,64
55	FSH	21,98		0,00
56	LH	21,98		0,00
57	Estradiol	21,98		0,00
58	Cortizol	25,71		0,00
59	Progesteron	23,35		0,00
60	Prolactina	23,35		0,00
<b>- Exudat faringian</b>				
61	Cultura <sup>*1)</sup> (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,29	5	76,45
62	Cultura fungi	15,29		0,00
<b>- Analize de urina</b>				
63	Examen complet de urina (sumar + sediment) <sup>*1)</sup>	8,61	137	1.179,57
64	Urocultura <sup>*1)</sup> (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,29	3	45,87
65	Dozare glucoza urinară <sup>*1)</sup>	4,54		0,00
66	Dozare proteine urinare <sup>*1)</sup>	5,45		0,00
<b>- Examine materii fecale</b>				
67	Examen coproparazitologic (3 probe) <sup>*1)</sup>	11,49	30	344,70
68	Coprocultura <sup>*1)</sup> (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	20,96		0,00
<b>- Examine din secretii vaginale</b>				
69	Examen microscopic nativ	4,54		0,00
70	Examen microscopic colorat	5,74		0,00
71	Examen Babeş - Papanicolau <sup>*1)</sup>	36,30		0,00
72	Cultura (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,29		0,00
73	Cultura fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)	15,29		0,00
<b>- Examine din secretii uretrale, otice, nazale, conjunctivale si puroi</b>				
74	Examen microscopic colorat	5,74		0,00
75	Cultura (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,29		0,00
<b>- Examen lichid punctie</b>				
76	Examen microscopic/frotiu	5,30		0,00
77	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,29		0,00
78	Citodiagnostic lichid punctie	29,65		0,00
<b>Examinări histopatologice</b>				
79	Piesă prelucrată la parafină	28,28		0,00
80	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,20		0,00
81	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,79		0,00
82	Examen histopatologic cu colorații speciale	114,64		0,00
83	Citodiagnostic secreție vaginală	30,29		0,00
84	Citodiagnostic lichid de punctie	29,65		0,00
<b>Examinari radiologice</b>				
85	R-gr. Craniană standard în 2 planuri	11,50		0,00
86	R-gr. Craniană în protecție specială	18,00	6	108,00
87	Ex. radiologic părți ale scheletului în 2 planuri	15,00		0,00
88	Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri	19,00	3	57,00
89	Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast	15,50	2	31,00
90	Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală	19,30	13	250,90
91	Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV	14,30		0,00
92	Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală	32,50		0,00
93	Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri	28,50	2	57,00
94	Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv. Rx. Scopic (eventual cu bol opac)	25,00		0,00
95	Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal	24,00		0,00
96	Ex. radiologic torace și organe ale toracelui	24,50	26	637,00
97	Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri	15,00		0,00
98	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast nonionică	191,00		0,00

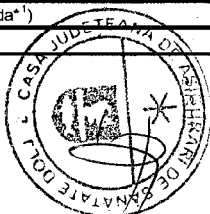


*Handwritten signatures and initials.*

99	Ecografie generală (abdomen + pelvis)	31,00		0,00
100	Ecografie abdomen	17,00		0,00
101	Ecografie pelvis	14,50		0,00
102	Radiografie de membre	14,50	3	43,50
103	Ecografie de organ	16,00		0,00
104	Ecografie fetală	22,00		0,00
	<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>1.312</b>	<b>10.931,19</b>

### MAI-DECEMBRIE 2010

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Nr. de servicii negociat*	Suma (col.2xcol.3)
<b>- Hematologie</b>				
1	Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit, numaratoare eritrocite, numaratoare leucocite, numaratoare trombocite, formula leucocitara, indici eritrocitari *1)	12,93	210	2.715,30
2	Numaratoare reticulocite*1)	0,00	150	0,00
3	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,18	100	1.718,00
4	VSH*1)	2,43	350	850,50
5	Timp de coagulare	2,81	150	421,50
6	Timp de sangerare	2,71	150	406,50
7	Timp Quick, activitate de protrombina*1)	6,66	100	666,00
8	INR *1)(International Normalised Ratio)	7,87	100	787,00
9	APTT	0,00		0,00
10	Determinare grup sanguin ABO (la gravida*1)	6,96	150	1.044,00
11	Determinare grup sanguin Rh (la gravida*1)	7,27	100	727,00
12	Anticorpi specifici antiRh (la gravida*1)	0,00		0,00
<b>- Biochimie</b>				
13	Uree serice*1)	5,41	140	757,40
14	Acid uric seric*1)	5,41	130	703,30
15	Creatinina serica*1)	5,46	130	709,80
16	Calciu ionic seric*1)	7,27	110	799,70
17	Calciu seric total*1)	4,95	145	717,75
18	Magnezie mie*1)	4,95	135	668,25
19	Sideremie*1)	6,55	135	884,25
20	Glicemie*1)	5,30	125	662,50
21	Colesterol seric total*1)	5,30	110	583,00
22	Trigliceride serice*1)	6,49	110	713,90
23	HDL colesterol (numai în HTA si obezitate si dislipidemii la copii*1)	7,55	60	453,00
24	LDL (numai în HTA si obezitate si dislipidemii la copii*1)	7,10	35	248,50
25	Lipide totale serice	5,77	40	230,80
26	Proteine totale serice*1)	6,49	85	551,65
27	TGO *1)	5,38	95	511,10
28	TGP*1)	5,41	95	513,95
29	Fosfatasa alcalina*1)	7,19	50	359,50
30	Fibrinogenemie *1)	12,62	45	567,90
31	Gama GT	7,38	25	184,50
32	LDH	0,00	40	0,00
33	Bilirubina totala	5,41	145	784,45
34	Bilirubina directa*1)	5,41	145	784,45
35	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,02	109	1.528,18
36	Electroforeza lipidelor serice	0,00		0,00
37	VDRL*1)	5,07	130	659,10
38	RPR*1)	0,00		0,00
39	Confirmare TPHA*1), *4)	0,00		0,00
40	Hemoglobina glicozilata	0,00		0,00
<b>- Imunologie</b>				
41	ASLO*1)	10,59	110	1.164,90
42	Factor reumatoid	8,61	65	559,65
43	Proteina C reactiva*1)	9,84	75	738,00
44	Complement seric C3	0,00		0,00
45	Complement seric C4	0,00		0,00
46	Depistare Chlamydia	0,00		0,00
47	Depistare Helicobacter Pylori	0,00		0,00
48	Testare HIV (la gravida*1)	30,71	88	2.702,48
49	TSH	0,00		0,00

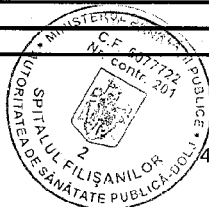


*[Handwritten signature]*

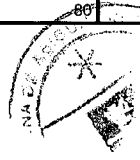
*[Handwritten signature]*



50	FT4	0,00		0,00
51	Ag HBs (screening)* <sup>2)</sup>	28,74	15	431,10
52	Anti-HAV IgM* <sup>2)</sup>	0,00		0,00
53	Anti-HBc* <sup>2)</sup>	0,00		0,00
54	Anti HCV* <sup>2)</sup>	59,88	15	898,20
55	FSH	0,00		0,00
56	LH	0,00		0,00
57	Estradiol	0,00		0,00
58	Cortizol	0,00		0,00
59	Progesteron	0,00		0,00
60	Prolactina	0,00		0,00
<b>- Exudat faringian</b>				
61	Cultura * <sup>1)</sup> (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,29	110	1.681,90
62	Cultura fungi	0,00		0,00
<b>- Analize de urina</b>				
63	Examen complet de urina (sumar + sediment) * <sup>1)</sup>	8,61	150	1.291,50
64	Urocultura * <sup>1)</sup> (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	0,00		0,00
65	Dozare glucoza urinară* <sup>1)</sup>	0,00		0,00
66	Dozare proteine urinare* <sup>1)</sup>	0,00		0,00
<b>- Examen material fecale</b>				
67	Examen coproparazitologic (3 probe) * <sup>1)</sup>	11,49	90	1.034,10
68	Coprocultura * <sup>1)</sup> (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	0,00		0,00
<b>- Examen din secreții vaginale</b>				
69	Examen microscopic nativ	4,54	85	385,90
70	Examen microscopic colorat	5,74	80	459,20
71	Examen Babeș - Papanicolau* <sup>1)</sup>	36,30	50	1.815,00
72	Cultura (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	0,00		0,00
73	Cultura fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)	0,00		0,00
<b>- Examen din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi</b>				
74	Examen microscopic colorat	0,00		0,00
75	Cultura (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	0,00		0,00
<b>- Examen lichid punție</b>				
76	Examen microscopic/frotiu	0,00		0,00
77	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	0,00		0,00
78	Citodiagnostic lichid punție	0,00		0,00
<b>Examinări histopatologice</b>				
79	Piesă prelucrată la parafină	28,28	55	1.555,40
80	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,20	75	2.790,00
81	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,79	30	503,70
82	Examen histopatologic cu colorații speciale	114,64	15	1.719,60
83	Citodiagnostic secreție vaginală	30,29	25	757,25
84	Citodiagnostic lichid de punție	29,65	25	741,25
<b>Examinari radiologice</b>				
85	R-gr. Craniană standard în 2 planuri	11,90	100	1.190,00
86	R-gr. Craniană în proiecție specială	18,13	80	1.450,40
87	Ex. radiologic părți ale scheletului în 2 planuri	15,33	90	1.379,70
88	Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri	19,10	80	1.528,00
89	Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast	15,82	70	1.107,40
90	Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală	19,41	80	1.552,80
91	Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV	14,52	30	435,60
92	Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală	32,47	30	974,10
93	Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri	28,55	40	1.142,00
94	Ex. radiologic torace ansamblu inclusivex. Rx. Scopic (eventual cu bol opac)	0,00		0,00
95	Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal	0,00		0,00
96	Ex. radiologic torace și organe ale toracelui	24,64	20	492,80
97	Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri	15,33	20	306,60
98	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast nonionica	244,76	15	3.671,40
99	Ecografie generală (abdomen + pelvis)	31,46	82	2.579,72
100	Ecografie abdomen	17,37	41	712,17
101	Ecografie pelvis	14,75	39	575,25
102	Radiografie de membre	14,69	80	1.175,20



*Handwritten signature*



*Handwritten signature*

103	Ecografie de organ	0,00		0,00
104	Ecografie fetală	0,00		0,00
	<b>TOTAL</b>	X	5.984	65.415,47
	<b>TOTAL AN 2010</b>	X	7.296	76.346,66

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Președinte - Director general,  
Alina Elena Tanasescu



Director executiv al Direcției  
management și economic,  
Barbu Calota

Director executiv al Direcției R.F.,  
Florin-Gabriel Bonciog

Vizat  
Juridic, Contencios și  
Aplicare acorduri internaționale

2ex./5pag./cs

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

Manager,  
Ioana Dumitru

Director Medical,  
Mariana Georgescu

Director Financiar-Contabil,  
Elisabeta Cosma

Director de Ingrijiri,

Director pentru cercetare - dezvoltare



