

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative
Nr. 528 / 30-07-2021

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin, cu sediul în Municipiul Reșița, str. Spitalului, nr. 36, județul Caraș - Severin, telefon 0255/212200, fax 0255/212643, adresă e-mail cjas-es@cjas-es.ro, reprezentată prin Director General Ec. Mirela ZEMAN

și

- Ambulatoriu de specialitate, ambulatoriu integrat, inclusiv central de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului SPITAL ORASENESC ORAVITA inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătoarești, având sediul în orașul ORAVITA, str. SPITALULUI, nr. 44, județul CARAS-SEVERIN, telefon fix/mobil 0255571645, adresă e-mail spitaluloravita@gmail.com, reprezentat prin POPESCU MIRCEA în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

NOTĂ: În situația în care furnizorul are punct/punțe secundar(e) de lucru acestora se vor evidenția distincți, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative, conform Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asigurașilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 în următoarele specialități și competențe/atestate de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative din Anexa 1 la prezentul contract.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative se face de către următorii medici din Anexa 2 la prezentul contract.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data de 01.08.2021 până la 31.12.2021.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe totă durata de aplicabilitate a H.G. nr. 696/2021.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă public, 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 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 înscripționate de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021 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, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de acele normative;
- f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să înțuna securitatea 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;
- g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
- h) să recuperereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să

beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

i) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaratiile pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontărilor anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total de puncte la nivel național realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri palliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021.

n) 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 și tarif po serviciu medical consultatie/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021.

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relație contractuală formatul în care aceștiu afișază pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

p) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovedă capacitatea tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competență legală necesară, după caz.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil),

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unic pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de serisoare medicală: medicul de specialitate din specialitățile clinice eliberează serisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemocpicemic prezентate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespondator denumirilor comune internaționale aprobată prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asigurațul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmărește să îi le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care acesta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, atele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asigurațul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în Ordinul ministerului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la bază închierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să indeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Listă cuprinzând denumirile comune internaționale corespondătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente

prevăzute în H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunată, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se completează în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleși condiții ca 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;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatici din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia, nu să nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

o) 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 prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleși condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari și cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile

medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimis pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) 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 biletului de trimis pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre 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 furnizarea de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021;

q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

r) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

s) să verifice bilettele de trimis cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

t) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

u) să introducă în sistemul informatic tramele prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

v) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

w) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. y) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea

serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

v) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

w) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocolelor terapeutice aprobată prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic;

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz în care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitățile de plată în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, și tarif pe serviciu medical - consultație/caz exprimat în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară: pentru anul 2021 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 4,0 lei, valabilă începând cu data intrării în vigoare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

*) În condițile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un sprijin de zonă diferit pentru localizarea unde se află cabinetul, respectiv pentru localizarea/localizările unde se află punctul/punctele de lucru, se va trage sprijin de zona pentru fiecare situație.

b) gradul profesional medic primar 20%, gradul profesional medic specialist 0%.

(5) a) Tariful pe consultăție de acupunctură este de 0 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 0 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultăriile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de 0 lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

(7) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021.

(8) Tariful pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este 0 lei;

(9) Valoarea contractului serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este de 0 lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este 0 lei.

(10) Plata serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravvalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucratoare ale lunii următoare prestării serviciilor medicale.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnatură electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Până la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de ...

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat 0 lei × număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzător cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, îndată cu raportarea lunării a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnatură electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri și a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate.

În situația în care la unii furnizori se înregistreză la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultante din economii reintregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare mediu de specialitate din componenta cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul. Lista clauzelor speciale se află în Anexele 3 și 4 la prezentul contract.

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriu integrat al spitalului și a cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor ce specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centru ce sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

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

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

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

ART. 12

Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voiajă 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: răzbun, 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 prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competență 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 închiderea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și închiderii 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 rezoluțarea contractului.

IX. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și închidere a contractului

ART. 13

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferent lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferent lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - s), v), w) precum și prescrierii de medicamente cu și fară contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea seriorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 sau neeliberarea acestuia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile palliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile palliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casii Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontărilor acestora nu au fost efectuate, se recuperă contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile palliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. f), h) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri palliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri palliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. q), constatătă pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, reîmpărțirea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic;

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la art. 7 lit. q), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor alături în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriiere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor altin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare și/și efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștință furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperă prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperă prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperă în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperă prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5), casele de asigurări de sănătate țin evidență distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizirii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu același destinație.

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) închiderea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricărui dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021, cu condiția ca furnizorul să facă dovedă demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data închiderii valabilității/revocării/retrageri/ anularii acestora;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la închiderea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casii de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voînța furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiu profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada căt medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează și prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, și prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contracel pentru serviciile de acupunctură sau pentru serviciile medicale în scop diagnostic - ca efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sănătate nu decontează serviciile medicale;

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri 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 contractului 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 de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la înecetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la înecetarea valabilității/revocarea/retragerea/șanțarea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență finanțier-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) la două constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate 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, contractul 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;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021;

i) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) - (4).

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale începează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își începează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) înecetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după care;

a3) înecetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește închiderea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 10 alin. (1) lit. a) - cu excepția înecării valabilității/revocării/retragării/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încheiat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data înecării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanelor/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alii furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 17

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) sub pct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărui persoană interesată.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) sub pct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește închiderea contractului.

X. Corespondență

ART. 18

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

ART. 19

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.

ART. 20

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

ART. 21

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile conving că orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printre-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrisă a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 15 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.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și înecarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizor și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

ART. 24

Furnizorul de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate are obligația să respecte prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE. (Regulamentul general privind protecția datelor).

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 30-07-2021, în două exemplare a căte 21 pagini fiecare, căte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRILDE SĂNĂTATE
CARAŞ-SEVERIN

Director General
Ec. Mirela ZIMAN

Director executiv al Direcției Economice
Ec. Virginica GRAORE-BALASIU

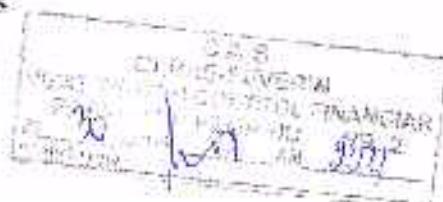
Director executiv al Direcției Relații Contractuale
Ec. Carmen VOICU

VIZAT
Comp. Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE

Reprezentant legal

POPESCU MIRCEA



ANEXA I

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială

și îngrijiri paliative

Nr. 528 / 30-07-2021

Furnizorul din asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asigurașilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a ILG. nr. 696/2021 în următoarele specialități și competențe/alestate c studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative:

- 1) MEDICINA INTERNA;
- 2) ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE;
- 3) OBSTETRICA-GINECOLOGIE;
- 4) PEDIATRIE;
- 5) CHIRURGIE GENERALĂ;
- 6) DERMATOLOGIE; VENEROLOGIE;

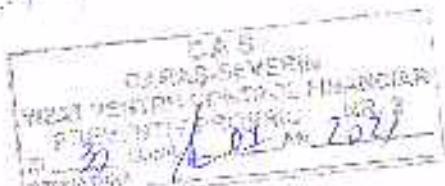
**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CARAŞ-SEVERIN**

Director General:
Ec. Mirela ZEMAN

Director executiv al Direcției Economice
Ec. Virginica GRAORE-BALASIU

Director executiv al Direcției Relații Contractuale
Ec. Carmen VOICU

VIZAT
Comp. Juridic, Contencios



**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE**

Reprezentant legal

POPESCU MRCEA



ANEXA 2
la
CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative
Nr. 528 / 30-07-2021

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative se face de către următorii medici:

1. POGOREVICI TEODOR;
2. CLIZMANOV SASA;
3. RAMBU NICOLAE;
4. COSTESCU SERGIU RADU;
5. CODREANU ALEXANDRU;
6. FARAH FELICIAN;
7. HRLBARI FLAVIA MARIA;
8. LINDNER TANIA
9. DUMITRU MIRCEA

CASA DE ASIGURARI DE SĂNĂTATE
CARAŞ-SEVERIN

Director General
Ec. Mirela PETRACHE

Director executiv al Direcției Economice
Ec. Virginie GRAORE-BALASIU

Director executiv al Direcției Relațiilor Contractuale
Ec. Carmen VOICU

VIZAT

Comp. Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE

Reprezentant legal

POPESCU MIRCEA



ANEXA 3

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice, acupunctură, planificare familială

și îngrijiri paliative

Nr. 528 / 30-07-2021

Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

1) Medic

Nume: LINDNER Prenume: TANIA

Grad profesional: PRIMAR

Specialitatea: MEDICINA INTERNA

Cod numeric personal: 2550201390719

Codul medicului: 018065

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	08:00-15:00	08:00-15:00
Marti	08:00-15:00	08:00-15:00
Miercuri	08:00-15:00	08:00-15:00
Joi	08:00-15:00	08:00-15:00
Vineri	08:00-15:00	08:00-15:00
Sambata	-	-
Duminica	-	-

2) Medic

Nume: RAMBU Prenume: NICOLAE

Grad profesional: PRIMAR

Specialitatea: OBSTETRICA-GINECOLOGIE

Cod numeric personal: 1540812113709

Codul medicului: 159992

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	11:30-15:00	11:30-15:00
Marti	08:00-11:30	08:00-11:30
Miercuri	11:30-15:00	11:30-15:00
Joi	08:00-11:30	08:00-11:30
Vineri	11:30-15:00	11:30-15:00
Sambata	-	-
Duminica	-	-

3) Medic

Nume: FARA Prenume: ELICIAN

Grad profesional: ; PRIMAR

Specialitatea: PEDIATRIE

Cod numeric personal: 1601001112501

Codul medicului: 383130

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	10:00-13:00	10:00-13:00
Marti	10:00-13:00	10:00-13:00
Miercuri	08:00-11:00	08:00-11:00
Joi	10:00-13:00	10:00-13:00
Vineri	10:00-13:00	10:00-13:00
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

4) Medic

Nume: DUMITRU Prenume: MIRCEA

Grad profesional: SPECIALIST

Specialitatea: DERMATOVENEROLOGIE

Cod numeric personal: 1680830112509

Codul medicului: 771352

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	13:00-20:00	13:00-20:00
Marti	07:00-14:00	07:00-14:00
Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00
Joi	13:00-20:00	13:00-20:00
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

5) Medic

Nume: CODREANU Prenume: ALEXANDRU

Grad profesional: PRIMAR

Specialitatea: ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE

Cod numeric personal: 1671105443105

Codul medicului: 992594

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	08:30-11:30	08:30-11:30
Marti	08:30-11:30	08:30-11:30
Miercuri	08:30-11:30	08:30-11:30
Joi	08:30-11:30	08:30-11:30
Vineri	08:30-11:30	08:30-11:30
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

6) Medic

Nume: COSTESCU Prenume: SERGIL RADU
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea: OBSTETRICA GINECOLOGIE
Cod numeric personal: 1861223351570
Codul medicului: F12046

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	16:30-20:00	16:30-20:00
Marti	16:30-20:00	16:30-20:00
Miercuri	08:00-11:30	08:00-11:30
Joi	16:30-20:00	16:30-20:00
Vineri	16:30-20:00	16:30-20:00
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

7) Medic

Nume: POGOREVICI Prenume: TEODOR
Grad profesional: PRIMAR
Specialitatea: CHIRURGIE GENERALA
Cod numeric personal: 1681004214634
Codul medicului: 868797

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	08:00-11:00	08:00-11:00
Marti	08:00-11:00	08:00-11:00
Miercuri	08:00-11:00	08:00-11:00
Joi	08:00-11:00	08:00-11:00
Vineri	08:00-11:00	08:00-11:00
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

8) Medic

Nume: CUZMANOV Prenume: SASA
Grad profesional: SPECIALIST
Specialitatea: CHIRURGIE GENERALA
Cod numeric personal: 1860507350018
Codul medicului: A57841

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	11:00-14:00	11:00-14:00
Marti	11:00-14:00	11:00-14:00
Miercuri	11:00-14:00	11:00-14:00
Joi	11:00-14:00	11:00-14:00
Vineri	11:00-14:00	11:00-14:00
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

9) Medic

Nume: HIRUBARU Prenume: FLAVIA MARIA

Grad profesional: SPECIALIST

Specialitatea: PEDIATRIT

Cod numeric personal: 2871107114267

Codul medicului: F71497

Zi săptămână	Cabinet	
	Împără	Pară
Luni	-	-
Marti	-	-
Miercuri	11:00-15:00	11:00-15:00
Joi	*	-
Vineri	-	-
Sâmbăta	-	-
Duminica	-	-

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CARAŞ-SEVERIN

Director General

Ee. Mirela ZEMAN

Director executiv al Direcției Economice
Ee. Virginie GRAORE-BALASIU

Director executiv al Direcției Relații Contractuale
Ee. Carmen VOICU

VIZAT

Comp. Juridic, Contencios

CAS	CARAS-SEVERIN
VIZAT DUMINICĂ	CONTRIPOL FINANCIER
DATA: 30.01.2011	OPOL: 2011
INCARCA:	STANCIU

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE

Reprezentant legal

POPESCU MIRCEA



ANEXA 4

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative

Nr. 528 / 30-07-2021

Listă autorizațiilor / asigurărilor pentru personalul medico-sanitar angajat

Nume	Tip subconcesor	Socenitățile	Parală	Autorizare liberă practică /		Asigurarea răspunderii civile
				Certificat de participare la Codo. nr. V-a, c-a-n	Nr. Valabil până	
SEPAL GRASEN-SU ORAVITA	CLINICĂ					
APOLAEVU TEODOR	VEDIC	CHIRURGIE GENERALĂ	688777	94415	31.12.2021 31.12.2021	
CIZMANOV SASA	VEDIC	CHIRURGIE GENERALĂ	43784	85737	31.12.2021 31.12.2021	
RAVASI NICOLAE	VEDIC	OBSTETRICĂ GINECOLOGIE	7997	94423	31.12.2021 31.12.2021	
COSTESCU SERGEI IOAN	MEDIC	OBSTETRICĂ GINECOLOGIE	7129-6	94407	31.12.2021 31.12.2021	
COGREANU ALEXANDRU	MEDIC	ORTOPEDIE TRAM. MA. ORTOPEDIE	992294	94406	31.12.2021 31.12.2021	
LINDNER TANIA	MEDIC	MEDICINA INTERNA	0.8062	94413	31.12.2021 31.12.2021	
PARA PELIKIAN	MEDIC	PEDIATRIE	212.30	94419	31.12.2021 31.12.2021	
HIRJUBARU FLAVIA VARIA	MEDIC	PEDIATRIE	71297	94471	31.12.2021 31.12.2021	
DUMITRU MIRCEA	MEDIC	URMAZUVINEROL, CGF	79-182	94408	31.12.2021 31.12.2021	
BRINZI FLORICA	ASISTENȚĂ			CSOC965	31.12.2021 31.12.2021	
UNGUREANU ANCUTA	ASISTENȚĂ			CSOC197	31.12.2021 31.12.2021	
SPOREA CEANINA	ASISTENȚĂ			CSOC235	31.12.2021 31.12.2021	
DIREA CRISTINA	ASISTENȚĂ			CSOC1829	31.12.2021 31.12.2021	
RADCANU GABRIELA	ASISTENȚĂ			CSOC1407	31.12.2021 31.12.2021	
RADU CLAUDIA	ASISTENȚĂ			CSOC479	31.12.2021 31.12.2021	
SIMI ZSUZSANNA	ASISTENȚĂ			CSOC0688	31.12.2021 31.12.2021	

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CARAŞ-SEVERIN

Director General
Ec. Mirela ZEMAN

Director executiv al Direcției Economice
Ec. Virginica GRAORE-BALASIU

Director executiv al Direcției Relații Contractuale
Ec. Carmen VOICU

VIZAT
Comp. Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE

Reprezentant legal

POPESCU MIRCEA



CAS
CARAS-SEVERIN
CENTRUL POLITIC SI CONTROL FINANCIAR
PROIECTUL POLIFORM
01.01.2021 - 31.12.2021

