

30-07-2021

NR. 1046

# CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din  
ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice  
**2B/8 / 30-07-2021**

## **I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate Mureș, cu sediul în municipiul Târgu-Mureș, str. Aurel Filimon nr. 19, județul MUREȘ, telefon 0265-250040, fax 0265-250031, reprezentată prin Director General Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA, și

Laboratorul din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice din structura SPITALULUI MUNICIPAL "DR.EUGEN NICOARA" REGHIN, reprezentat prin FLORENTINA-SIMONA TONCEAN în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte, având sediul în municipiul Reghin, str. Spitalului nr. 19-20, județul MURES, telefon 0265-512712, e-mail secretariat@spitalreghin.ro;

## **II. Obiectul contractului**

### ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, 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. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

## **III. Serviciile medicale de specialitate furnizate**

### ART. 2

Furnizorul din asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, în următoarele specialități:

- a) ECOGRAFIE;
- b) COMPUTER TOMOGRAF;
- c) REZONANTA MAGNETICA;
- d) IMAGISTICA SAN;
- e) MICROBIOLOGIE, PARAZITOLOGIE;
- f) ANATOMIE PATHOLOGICA;

g) MEDICINA DE LABORATOR;

h) MEDICINA NUCLEARA;

i) RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

#### ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către medicii din anexa 1

#### 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 toată 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 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 fiecăruiu, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract 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; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însotite 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 conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice 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 protocolele 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 2 la H.G. nr. 696/2021, furnizorii de servicii medicale 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, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu

excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale paraclinice, 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;

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

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării 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 decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) 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;

j) să deconteze contravalorearea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimis utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să deconteze contravalorearea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialitățile clinice care au încheiate acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competență legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

l) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

m) să deconteze investigațiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relație contractuală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

n) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravalorearea 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;

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

p) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se află în relație contractuală situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigații medicale paraclinice, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute contract, după caz.

## B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

### 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 de bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul 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 respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, 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;

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

f) 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;

g) 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 lunară, 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 împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) 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/Regatului 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 aceeași 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;

i) 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;

j) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul 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 pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

k) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea

investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

l) 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. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

m) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

n) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași 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/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice 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 acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Furnizorul efectuează investigații contractuale medicul care l-a eliberat;

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

p) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativvalorică lunară corectă și actualizată pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

q) să asigure menținerea și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SREN ISO 15189;

r) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, analizele medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

s) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de

control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fise de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sănționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordante între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizati(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

ș) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal declarat și prevăzut în contract în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat și prevăzut în contract pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore);

t) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

ț) să consimneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

u) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

v) 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 de sănătate conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

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

x) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

y) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatăre în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

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

aa) 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;

ab) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

ac) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. aa) 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;

ad) să întocmească evidențe distințe 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 distințe 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 casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

## VI. Modalități de plată

### ART. 8

(1) Modalitatea de plată în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei la tarifele prevăzute în anexa 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

Lista serviciilor paraclinice contractate tip **anализе de laborator** se găsește în anexa 2.

Lista serviciilor paraclinice de **анатомия патологическая** contractate se găsește în anexa 3.

Lista serviciilor paraclinice de **сервисы параклинической диагностики** contractate se găsește în anexa 4.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/29.06.2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

(2) a) **Suma anuală contractată pentru *анализы медицинской лаборатории* este în valoare de 352.511,44 lei, din care:**

- **Suma aferentă trimestrului I este de 85.978,53 lei, conform actelor adiționale încheiate la Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018**

- **Suma aferentă trimestrului II este de 89.317,19 lei, conform actelor adiționale încheiate la Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018**

- **Suma aferentă trimestrului III este de 104.452,90 lei din care :**

- luna VII 29.917,57 lei, conform actului adițional încheiat la Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018

- luna VIII 37.274,73 lei

- luna IX 37.260,60 lei

- Suma aferentă trimestrului IV este de 72.762,82 lei din care :

- luna X 30.980,72 lei

- luna XI 20.891,05 lei

- luna XII 20.891,05 lei

b) Valoarea contractului pentru *anализе medicale de laborator* pentru perioada august-decembrie 2021 este în sumă de 147.298,15 lei.

(3) a) Suma anuală contractată pentru *анатомия патологическая* este în valoare de 8.772,52 lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I este de 2.560,00 lei, conform actelor adiționale încheiate la Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018

Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018

- Suma aferentă trimestrului II este de 2.360,00 lei, conform actelor adiționale încheiate la

Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018

- Suma aferentă trimestrului III este de 2.417,58 lei din care :

- luna VII 947,96 lei, conform actului adițional încheiat la Contractul nr. 2B/8 din

27.04.2018

- luna VIII 734,81 lei

- luna IX 734,81 lei

- Suma aferentă trimestrului IV este de 1.434,94 lei din care :

- luna X 610,96 lei

- luna XI 411,99 lei

- luna XII 41,99 lei

b) Valoarea contractului pentru *анатомия патологическая* pentru perioada august-decembrie 2021 este în sumă de 2.904,56 lei.

(4) a) Suma anuală contractată pentru *сервисы параклинической диагностики медицинской* este în valoare de 302.063,61 lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I este de 80.320,00 lei, conform actelor adiționale încheiate la Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018

nr. 2B/8 din 27.04.2018

- Suma aferentă trimestrului II este de 80.405,00 lei, conform actelor adiționale încheiate la Contractul

nr. 2B/8 din 27.04.2018

- Suma aferentă trimestrului III este de 84.950,99 lei din care :

- luna VII 27.200,71 lei, conform actului adițional încheiat la Contractul nr. 2B/8 din 27.04.2018

- luna VIII 28.876,14 lei

- luna IX 28.875,14 lei

- Suma aferentă trimestrului IV este de 56.387,62 lei din care :

- luna X 24.008,54 lei

- luna XI 16.189,54 lei

- luna XII 16.189,54 lei

b) Valoarea contractului pentru *сервисы параклинической радиологии и диагностики медицинской* pentru perioada

august-decembrie 2021 este în sumă de 114.137,90 lei.

Suma contractată pe an se defalcă 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 transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de 10 a lunii următoare.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

## VII. Calitatea serviciilor medicale

## **ART. 10**

Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract 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 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 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 înacetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și însetării 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 rezoluțunea contractului.

### **ART. 13**

Efectuarea de servicii medicale paraclinice 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 contractul.

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

### **ART. 14**

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

- a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), h), i), k) - m), o) - q), w), x), ad) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. n) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. e), j) și z) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în

care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită 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 cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează 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 recuperează 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 recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

## ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale 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 dintr-un documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), k) și l) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021 cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data închiderii valabilității/revocării/retragерii/anulării acestora-pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. k) și l);

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 casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința 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 de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizării în efectuarea investigațiilor;

f) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar

figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie 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;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

(2) 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 contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu deconțează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată pînă la data suspendării.

## ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice 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 închiderea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data închidării valabilității/revocării/retrageri/ anulării/ a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor 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 a doua 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) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4) 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, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) 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 măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului 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. s) 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 contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (8) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021 și a celor prevăzute la art. 7 lit. r), t) - v);

j) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. s);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) 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 contract cu aceasta, situațiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), lit. g) și lit. k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 7 lit. e) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

## ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale începează în 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) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voînță al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea 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. 15 alin. (1) lit. a) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragерii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) 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 contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat 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 încetării contractului.

(4) 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 persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

#### ART. 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 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 oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 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.

### XI. Corespondența

#### ART. 19

(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 laboratorului 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.

### XII. Modificarea contractului

#### 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 contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

#### 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 că orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-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.

### XIII. Soluționarea litigiilor

#### ART. 23

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

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între furnizorii 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.

#### XIV. Alte clauze

##### ART. 24

Decontarea serviciilor medicale efectuate se va face de către CAS Mureș, în condițiile pct.4 din Ordinul MF. nr. 1792/2002, în limita creditelor bugetare deschise și a disponibilului.

##### ART. 25

Furnizorul se obligă să respecte Regulamentul (UE) nr. 679 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 către 24 pagini fiecare, căte unul pentru fiecare parte contractantă.

#### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,  
ec. Butiulca Manuel Augustin

Director executiv al Direcției  
economice,  
ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații  
contractuale,  
ec. Biro Rodica

Vizat,  
Comp. Juridic, contencios administrativ

ANGELA ONOC  
consilier juridic



#### FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE

Reprezentant legal,  
FLORENTINA-SIMONA TONCEAN



**ANEXA 1**  
**la**  
**CONTRACTUL**  
de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din  
ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice  
**2B/8 / 30-07-2021**

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: MOLDOVAN Prenume: TEODOR

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 1730320264409/40173497464385751721

Codul medicului: 910148

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	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	08:00-10:00	08:00-11:00	-	-
Vineri	08:00-11:00	08:00-10:00	-	-
Sambata	-	08:00-11:00	-	-
Duminica	-	-	-	-

b) Medic

Nume: TIMAR Prenume: IRINA-LILIANA

Specialitatea: ANATOMIE PATHOLOGICA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2671027284371/40209035183804574188

Codul medicului: 752456

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Marti	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Miercuri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Joi	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Vineri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

c) Medic

Nume: OLARIU Prenume: DRAGOȘ-COSMIN

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 1780531261469/40102821750636627455

Codul medicului: B50550

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	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	10:00-14:00	10:00-14:00	-	-
Vineri	11:00-14:00	11:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

d) Medic

Nume: FRIDMAN Prenume: ANAMARIA-IOANA

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2850322260022/405684938558585488

Codul medicului: E91506

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	14:00-17:00	14:00-17:00	-	-
Marti	08:00-11:00	08:00-11:00	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

e) Medic

Nume: OPREA Prenume: MIHAELA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2731219261479/40935492424896324553

Codul medicului: 938382

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	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	-	-	-	-

f) Medic

Nume: GHERGHESCU Prenume: TEODORA-ANAMARIA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2841114260011/40176874103037737663

Codul medicului: E93134

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet	Teren

	Impară	Pară	Impară	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	-	-	-	-

**CASA DE ASIGURĂRI DE  
SĂNĂTATE**

Director general,  
ec. Butiulca Manuel Augustin

Director executiv al Direcției  
economice,  
ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații  
contractuale,  
ec. Biro Rodica

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE  
PARACLINICE**

Reprezentant legal,  
**FLORENTINA-SIMONA TONCEAN**



## ANEXA 2

la

### CONTRACTUL

de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

**2B/8 / 30-07-2021**

Listă serviciilor paraclinice contractate tip analize de laborator este:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari	14,01	1.200,00	16.812,00
2.	VSH	2,63	300,00	789,00
3.	APTT	12,30	15,00	184,50
4.	Proteine totale serice	7,04	200,00	1.408,00
5.	Uree serică	5,86	500,00	2.930,00
6.	Potasiu seric	11,00	300,00	3.300,00
7.	Dozare proteine urinare	5,37	2,00	10,74
8.	Cortizol	27,87	20,00	557,40
9.	Testare HIV la gravidă	33,29	55,00	1.830,95
10.	ASLO	11,48	55,00	631,40
11.	IgA, seric	14,77	30,00	443,10
12.	Antibiograma	12,23	160,00	1.956,80
13.	Examen fungic din colectie purulenta - Examen microscopic nativ si colorat,cultura si identificare fungica	15,29	5,00	76,45
14.	Testosteron	30,10	1,00	30,10
15.	Progesteron	25,31	5,00	126,55
16.	Prolactină	25,31	20,00	506,20
17.	VDRL sau RPR	5,49	30,00	164,70
18.	Depistare hemoragii oculte	25,00	6,00	150,00
19.	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungică	15,29	30,00	458,70
20.	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29	10,00	152,90
21.	Bilirubina totală	5,86	1.000,00	5.860,00
22.	Complement seric C4	10,84	30,00	325,20
23.	Electroforeza proteinelor serice	15,20	30,00	456,00

24.	Numărătoare reticulocite	5,62	10,00	56,20
25.	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh	7,88	50,00	394,00
26.	Timp Quick și INR (International Normalised Ratio)	14,68	400,00	5.872,00
27.	HDL colesterol	8,19	600,00	4.914,00
28.	TGO	5,83	800,00	4.664,00
29.	Calciu seric total	5,37	800,00	4.296,00
30.	Examen complet de urină (sumar + sediment)	9,34	1.200,00	11.208,00
31.	Dozare glucoză urinară	5,37	10,00	53,70
32.	FT4	20,83	300,00	6.249,00
33.	Confirmare TPHA	12,29	12,00	147,48
34.	IgM seric	15,10	30,00	453,00
35.	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriana	15,29	40,00	611,60
36.	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29	5,00	76,45
37.	LDL colesterol	7,69	500,00	3.845,00
38.	Complement seric C3	10,84	30,00	325,20
39.	PSA	23,07	315,00	7.267,05
40.	Fibrinogenemie	13,68	30,00	410,40
41.	Magneziemie	5,37	600,00	3.222,00
42.	Parathormonul seric (PTH)	43,00	10,00	430,00
43.	Anti-HAV IgM	40,98	20,00	819,60
44.	Proteina C reactivă	10,67	125,00	1.333,75
45.	Urocultură - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriana	15,29	125,00	1.911,25
46.	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultura și identificare fungica	15,29	6,00	91,74
47.	Bilirubina directă	5,86	1.000,00	5.860,00
48.	Acid uric seric	5,86	350,00	2.051,00
49.	Trigliceride serice	7,04	600,00	4.224,00
50.	TGP	5,86	800,00	4.688,00
51.	Gama GT	7,99	200,00	1.598,00
52.	Calciu ionic seric	7,88	30,00	236,40
53.	Microalbuminuria (albumină urinară)	22,00	2,00	44,00
54.	Creatinină urinară	8,00	10,00	80,00
55.	Estradiol	23,82	1,00	23,82
56.	Coprocultură - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29	60,00	917,40
57.	Glicemie	5,74	1.200,00	6.888,00
58.	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	7,54	1,00	7,54

59.	Feritină serică	40,00	10,00	400,00
60.	Creatinkinaza CK	10,00	100,00	1.000,00
61.	Sideremie	7,10	500,00	3.550,00
62.	TSH	20,50	310,00	6.355,00
63.	Hormonul foliculinostimulant FSH	23,82	1,00	23,82
64.	Antigen Helicobacter Pylori	40,00	40,00	1.600,00
65.	IgE seric	14,29	30,00	428,70
66.	ATPO	39,00	125,00	4.875,00
67.	Examen fungic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29	100,00	1.529,00
68.	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29	10,00	152,90
69.	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29	5,00	76,45
70.	free PSA	23,61	1,00	23,61
71.	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO	7,54	50,00	377,00
72.	Creatinină serică	5,92	500,00	2.960,00
73.	Sodiu seric	10,00	300,00	3.000,00
74.	Ag HBs	31,15	55,00	1.713,25
75.	IgG seric	14,77	30,00	443,10
76.	Factor rheumatoïd	9,34	30,00	280,20
77.	Examen coproparazitologic	12,46	60,00	747,60
78.	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29	5,00	76,45
79.	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29	110,00	1.681,90
80.	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29	60,00	917,40
81.	Antifungigrama	14,55	30,00	436,50
82.	Examen citologic al frotiului sanguin	18,62	30,00	558,60
83.	Colesterol seric total	5,74	700,00	4.018,00
84.	Fosfatază alcalină	7,79	150,00	1.168,50
85.	Fosfor (fosfat seric)	13,00	25,00	325,00
86.	Hormonul luteinizant (LH)	23,82	1,00	23,82
87.	Anti HCV	64,90	50,00	3.245,00
88.	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și	15,29	125,00	1.911,25

	identificare bacteriană			
89.	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29	10,00	152,90
90.	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29	2,00	30,58
TOTAL				147.297,61

\*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

**CASA DE ASIGURĂRI DE  
SĂNĂTATE**

Director general,  
ec. Butiulca Manuel Augustin

Director executiv al Direcției  
economice,  
ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații  
contractuale,  
ec. Biro Rodica

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE  
PARACLINICE**

Reprezentant legal,  
**FLORENTINA-SIMONA TONCEAN**



### ANEXA 3

la

### CONTRACTUL

de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

**2B/8 / 30-07-2021**

Lista serviciilor paraclinice de anatomie patologică contractate este:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.	Citodiagnostic lichid de punctie	80	6	480,00
2.	Examen cervico-vaginal Babes - Papanicolaou	40	15	600,00
3.	Examen histopatologic procedura completa HE*(1-3 blocuri)	130	14	1.820,00
TOTAL				2.900,00

\*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Director general,  
ec. Butiuca Manuel Augustin

Director executiv al Direcției economice,  
ec. Porutiu Sanda Maria

Director executiv al Direcției relații  
contractuale,  
ec. Biro Rodica

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE**

Reprezentant legal,  
**FLORENTINA-SIMONA TONCEAN**



## **ANEXA 4**

### **la**

## **CONTRACTUL**

de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

**2B/8 / 30-07-2021**

Lista serviciilor paraclinice de imagistică contractate este:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.	Ex. radiologic cranian standard	15	19	285
2.	Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței	30	19	570,00
3.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	450	20	9000
4.	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	375	20	7.500,00
5.	Ex. radiologic centură scapulară	23	20	460
6.	Senologie imagistică – ecografie pentru un san	40	20	800,00
7.	Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe toracice	32	20	640
8.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos	400	20	8.000,00
9.	CT hipofiză cu substanță de contrast	375	20	7500
10.	Radiografie de membre- Sold	35	20	700,00
11.	Radiografie de membre- Picior	35	20	700
12.	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos/membru	180	20	3.600,00
13.	CT regiune toracică nativ	175	20	3500
14.	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos/segment	400	20	8.000,00
15.	Ecografie de organ/articulație/părți moi	25	20	500
16.	Ex. radiologic torace ansamblu	32	20	640,00
17.	Examen radiologic coloană vertebrală /segment	35	20	700
18.	Radiografie de membre- Gamba	35	20	700,00
19.	Radiografie de membre- Brat	35	20	700
20.	CT regiune gât nativ	130	20	2.600,00
21.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos	400	20	8000

22.	Mamografie în 2 planuri/pentru un sân	35	20	700,00
23.	Uro CT	400	20	8000
24.	Radiografie de membre- Pumn	35	18	630,00
25.	Radiografie de membre- Cot	35	25	875
26.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	375	25	9.375,00
27.	CT pelvis nativ	175	25	4375
28.	Radiografie de membre- Genunchi	35	24	840,00
29.	Radiografie de membre- Mana	35	24	840
30.	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiu duodenojejunal) cu substanță de contrast	56	25	1.400,00
31.	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ	32	25	800
32.	CT abdomen nativ	175	25	4.375,00
33.	Examen radiologic articulații sacro-iliace	35	25	875
34.	Radiografie de membre- Glezna	35	20	700,00
35.	CT craniu nativ	120	20	2400
36.	Radiografie de membre- Antebrat	35	20	700,00
37.	CT coloană vertebrală nativ/segment	60	25	1500
38.	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	220	30	6.600,00
39.	Ecografie abdomen	40	30	1200
40.	CT membre nativ/membru	60	30	1.800,00
41.	Radiografie de membre- Coapse	35	30	1050
TOTAL				114.130,00

\*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,  
ec. Butiulca Manuel Augustin

Director executiv al Direcției  
economice,  
ec. Porutiu Sanda Maria

### FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE

Reprezentant legal,  
FLORENTINA-SIMONA TONCEAN



Director executiv al Direcției relații  
contractuale,  
ec. Biro Rodica

