

ACT ADIȚIONAL NR. 1081/ 26.10.2018

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative
nr. S0184/2018

Încheiat între:

Casa de asigurări de Sănătate CAS M Bucuresti, cu sediul în municipiul/orașul București str.
București-Ploiești nr. 7, județul/sectorul BUCUREȘTI, telefon 021.315.39.29/fax 021.314.27.57,
reprezentată prin președinte - director general ION MIȚU,
Și

Furnizorul de servicii medicale în asistența clinică în ambulatoriu Institutul National de Geriatrie
si Gerontologie Ana Aslan reprezentat prin STEFAN ANCA ELENA, având sediul în Strada
Manastirea Caldarusani 9,, Bucuresti, CUI 4283333.

Avand in vedere:

- Adresa CNAS RV7388/25.10.2018, inregistrata la CASMB cu nr. 1862/25.10.2018,
- Referatul inregistrat la CASMB cu nr. 5584 / 26.10.2018,

se stabilesc urmatoarele:

Art. 1 Valoarea definitivă a punctului pe serviciu în asistență medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitățile clinice, pentru trimestrul III 2018.....2,84 lei.

Art. 3 Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adițional a fost încheiat astăzi 26.10.2018, în 2 (două) exemplare, câte unul pentru
fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Președinte - Director General,
ION MIȚU

Director executiv al Direcției Economice,
IOANA-MIHAELA LUCĂ

Director executiv al Direcției Relații Contractuale,
ANDREEA-NICOLEȚA SAFTA

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant Legal,

Viză
Juridic, contractelor

ACT ADIȚIONAL NR. 261 / 26.07.2018

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative
nr. S0184/2018

Încheiat între:

Casa de asigurări de Sănătate CAS M București, cu sediul în municipiul/orașul București str.
București-Ploiești nr. 7, județul/sectorul BUCUREȘTI, telefon 021.315.39.29/fax 021.314.27.57,
reprezentată prin președinte - director general CRISTINA-CONSTANȚA CĂLINOIU,
Și

Furnizorul de servicii medicale în asistența clinică în ambulatoriu Institutul National de Geriatrie
si Gerontologie Ana Aslan, reprezentat prin STEFAN ANCA ELENA, având sediul în Strada
Manastirea Caldarusani 9,, București CUI 4283333.

Având în vedere:

- Adresa CNAS RV5530/25.07.2018, înregistrată la CASMB cu nr. 1361/25.07.2018,
- Referatul înregistrat la CASMB cu nr. 5391 / 26.07.2018,

se stabilesc următoarele:

Art. 1 Valoarea definitivă a punctului pe serviciu în asistență medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitățile clinice, pentru **trimestrul II 2018**.....2,81 lei.

Art. 3 Celelalte articole din contract rămân nemodificate.

Prezentul act adițional a fost încheiat astăzi 26.07.2018, în 2 (două) exemplare, câte unul pentru
fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI**

Președinte - Director General,
CRISTINA-CONSTANȚA CĂLINOIU

Director executiv al Direcției Economice,
IOANA-MIHAELA LUC

Director executiv al Direcției Relații Contractuale,
ANDREEA-NICOLETA SAFTA

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant Legal,

Vizat,
Juridic, conținut

Sef serviciu CPSACAMDAMPSP,
Camelia BARBULESCU

Întocmit,
POPA GABRIELA



CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative
S0184/2018

Nr.	S0184
Data	27.04.2018
Tip document	Contract

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de Sănătate CAS M Bucuresti, cu sediul în municipiul orașul București str. București-Ploiești nr. 7, județul/sectorul BUCURESTI, telefon 021.315.39.29 fax 021.314.27.57, reprezentată prin președinte - director general CRISTINA-CONSTANȚA CĂLINOIU,

și

Furnizorul de servicii medicale în asistența clinică în ambulatoriu Institutul Național de Geriatrie și Gerontologie Ana Aslan, reprezentat prin STEFAN ANCA ELENA, având sediul în Strada Mănăstirea Caldarusani 9., Bucuresti, CUI 4283333.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative, conform Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 - 2019, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asiguraților 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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative (conform anexei prezentului contract)

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative se face de către următorii medici (conform anexei).

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2018.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

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 autorizați și evaluați 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 însoțite 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 sau 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. 140/2018 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 actele normative;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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 actele normative referitoare la 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 recupereze 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 avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale 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 declarații pe propria răspundere;

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

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și competenței 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. 397/836/2018

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 pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 .

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;

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 de servicii minimal și 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 unice 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 scrisoare medicală: medicul de specialitate din specialitățile clinice eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate 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 corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

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. 397/836/2018, 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 baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu 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;

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 Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare 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, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în H.G. nr. 720/2008, 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 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:

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, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași 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 informatice 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.

n) să nu încaseze 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. 397/836/2018 , 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. 397/836/2018 . Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența 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. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența 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 asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere 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 trimitere 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 furnizare 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. 397/836/2018 :

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

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente 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;

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

ț) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor 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 a asigurărilor 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 împlinește 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/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) 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;

u) 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 a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. Ț) 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 împlinește 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 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 prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune

sănătății proprii persoane, din culpă - 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;

w) începând cu 1 iulie 2018 să respecte 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 protocolurilor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, 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 la care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitățile de plată în asistența 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 2018 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 2.8 lei.

(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. 397/836/2018 .

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu 0 %*)

b) gradul profesional medic primar 20 %.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de 13 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 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este conform anexei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalcă pe trimestre și pe luni după cum urmează, conform anexei.

(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. 397/836/2018 .

(8) Tariful pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este conform anexei.

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

Suma contractată se defalcă pe trimestre și pe luni după cum urmează, conform anexei.

(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. 397/836/2018 .

*) În condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii 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, la data de 10.

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

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii 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 30.

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: $\text{Tarif contractat } 140 \text{ lei} \times \text{număr mediu al zilelor de tratament realizate} / 10$ (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, corespunzătoare 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, odată cu raportarea lunară 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 semnătura 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 înregistrează 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 rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul, conform anexei.

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al 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 de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de 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 dătează celeilalte părți daune-interese.

ART. 12

Clauză specială

(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 competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare 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 aferente 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 aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) pct. 1 și pct. 2, lit. c) pct. 1 - 3, lit. d), lit. g), lit. i), lit. k) - m), lit. p) - s), lit. v), lit. w) precum și prescrieri de medicamente cu și fără 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 scrisorii medicale prin utilizarea unui

alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 sau neeliberarea acesteia, 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 paliative 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 paliative 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/Casei 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 decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează 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 paliative 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), lit. h), lit. n) și lit. t), 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 paliative 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 paliative 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 punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. t) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) 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 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. 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.

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

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii 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) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența 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 încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare 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 financiar-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) 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. 140/2018,

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

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează 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 încetează 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 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 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. 16 alin. (1) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) 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.

(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/inregistrate 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.

(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 alți 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. 16

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a) - d) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018, 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 încetării valabilității/revocării acestora;

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

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 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 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.

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

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de acupunctură sau serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic.

ART. 17

(1) Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 alin. (1) lit. a) subpet. 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. 15 alin. (1) lit. a) subpet. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

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 celeilalte 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

Valoarea 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 convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 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 încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori 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 (1) Furnizorul se obligă să depună, prin mijloace electronice de transmitere la distanță (în speta Platforma de transmitere electronica a documentelor -ATLAS) , borderoul centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate , care este un document justificativ conform formularului elaborat de CNAS și/sau CASMB.

Art. 25 În cazul în care contractul dintre furnizor și CASMB a fost reziliat în condițiile prevăzute la art.204, alin. 4 și 5 din H.G. nr. 140/2018, CASMB nu va mai intra în relații contractuale cu furnizorul timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. CASMB nu va accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile furnizorului sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.

Art. 26 CASMB va deconta lunar contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate, în limita prevederilor bugetare și a deschiderilor de credite cu această destinație.

Art. 27 Orice sumă care trebuie recuperată de CASMB de la furnizor este purtătoare de dobânzi și penalități de întârziere, conform prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice cu modificările și completările ulterioare.

Art.28 Furnizorul de servicii medicale are obligația de a respecta prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 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).

Art.29 Medicii care își desfășoară activitatea în relație contractuală cu Casa de asigurări de sănătate a municipiului București, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale, își pot continua activitatea, după împlinirea vârstei de pensionare, respectiv 65 ani, la cerere, cu aviz anual eliberat de Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București și de CMR, prin colegiile județene ale medicilor sau al municipiului București, pe baza certificatului de sănătate. Necesitatea prelungirii activității se stabilește de către Comisia organizată la Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București

Art. 30 Lipsa avizului Comisiei conduce la excluderea medicului din contractul de furnizare de servicii medicale / încetarea contractului încheiat cu CASMB, după caz, începând cu prima zi a lunii următoare împlinirii vârstei de 65 de ani sau după expirarea termenului de valabilitate a avizului anterior.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 27.04.2018, în două exemplare a câte 15 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă și cu valabilitate din 01.05.2018.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general
CRISTINA-CONSTANȚA GOMOI

Director executiv al Direcției economice,
IOANA-MIHAELA LUCAS

Director executiv al Direcției relații
contractuale
ANDREEA-NICOLETA SAFTA

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal,

Șef serviciu CPSACAMDAMPSP,
Cons. Cornelia Camelia GOMOI

Intocmit,
POPA GABRIELA



**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI**

Sos. București - Ploiești, nr.7, Sector 1, București, CP 013882, CIF 11629740
Tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERDE: 0800.800.951, E-mail: contact@casmb.ro, Website: www.casmb.ro



ACT ADIȚIONAL NR 5449 /30.03.2018

la

CONTRACTUL

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și
acupunctură nr. S0184/2016

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, cu sediul în București, Șos. București-Ploiești,
Nr. 7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57 reprezentată prin Președinte - Director General
Cristina Constanța CĂLINOIU

și

Furnizorul de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice
Institutul National de Geriatrie si Gerontologie Ana Aslan cu sediul social în Strada Manastirea Caldarusani 9,,
București având CUI 4283333, reprezentat prin **STEFAN ANCA ELENA**

Având în vedere:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările
ulterioare

- HG nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018-2019,

- Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2018 a
HG 140/2018,

- Adresa CNAS nr. RV 2344/27.03.2018 înregistrată la CASMB cu nr. 624/28.03.2018,

- Adresa CNAS (Fila de Buget) nr. RV 2385/29.03.2018, înregistrată la CASMB cu nr. P 631/29.03.2018,

Părțile convin următoarele:

Art.1 Perioada de valabilitate a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de
specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice nr. S0184/2016 se prelungește până la data de
30.04.2018.

Art.2.Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu
pentru specialități clinice în luna aprilie 2018, în baza prezentului act adițional, se vor face din sumele alocate
în bugetul FNUASS pentru anul 2018, aprobat pentru CASMB.

Art.3 Condițiile acordării serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialități clinice în baza prezentului act adițional, sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare pe
perioada derulării contractului.

Art.4. Restul clauzelor din contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din
ambulatoriu pentru specialități clinice nr. rămân neschimbate.

Prezentul act adițional a fost încheiat în data de 30.03.2018, în 2 (două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte
contractantă, intră în vigoare cu data de 01.04.2018 și este valabil până la data de 30.04.2018.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general
Cristina Constanța CĂLINOIU

Director executiv al Direcției Economice
Ioana Mihaela LUCA

Director executiv al Direcției Relații Contractuale
Dr.Andreea Nicoleta SAFTA

Sef serviciu CPSACAMDAMPSP,
Cons. Cornelia Camelia GOMOI

Vizat
Juridic, contencios

Intocmit,
Gabriela LUPAN

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal

ANEXA

la

CONTRACTUL DE FURNIZARE

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

S0184/2018

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: VASILIU Prenume: CRISTIAN-IOAN

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: MEDICINA INTERNA SI GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 1540526400270/40144576991408762849

Codul medicului: 632652

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	10:00-14:00	10:00-14:00	-	-
Marti	14:00-16:00 19:00-21:00	14:00-16:00 19:00-21:00	-	-
Miercuri	14:00-16:00 19:00-21:00	14:00-16:00 19:00-21:00	-	-
Joi	14:00-16:00 19:00-21:00	14:00-16:00 19:00-21:00	-	-
Vineri	10:00-14:00	10:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

2) Medic

Nume: GRAUR Prenume: LIVIU-IONUȚ

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 1700206390675/40864443614892050939

Codul medicului: 865957

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Marti	14:00-15:00 17:00-21:00	14:00-15:00 17:00-21:00	-	-
Miercuri	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Joi	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-

Vineri	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

3) Medic

Nume: PARASCHIVESCU Prenume: CONSUELA-MARIA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: MEDICINA INTERNA

Cod numeric personal: 2540510400502/40149039192811903319

Codul medicului: 638724

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Marti	07:00-08:00 10:00-14:00	07:00-08:00 10:00-14:00	-	-
Miercuri	07:00-09:00 10:00-14:00	07:00-09:00 10:00-14:00	-	-
Joi	14:00-16:00 17:00-21:00	14:00-16:00 17:00-21:00	-	-
Vineri	14:00-21:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

4) Medic

Nume: NĂSTASE Prenume: LILIANA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: NEUROLOGIE

Cod numeric personal: 2541107400051/40325538597993216851

Codul medicului: 056323

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Marti	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Joi	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

5) Medic

Nume: BOGDĂNEANU Prenume: VIOLETA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2550305400042/40105938490630278300

Codul medicului: 633108

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	09:00-10:00	09:00-10:00	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	08:00-10:00	08:00-10:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

6) Medic

Nume: PARASCHIV Prenume: MARIANA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: OFTALMOLOGIE

Cod numeric personal: 2590404400978/40139358246566222651

Codul medicului: 415325

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Marti	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Joi	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

7) Medic

Nume: DRAGOMIR Prenume: ADRIANA-AURELIA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: MEDICINA INTERNA

Cod numeric personal: 2590430400535/40852131453304928820

Codul medicului: 357345

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	10:00-11:00	10:00-11:00	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	12:00-14:00	12:00-14:00	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

8) Medic

Nume: GRIGORIE Prenume: MIHAELA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2590525400094/40521635858656398449

Codul medicului: 279007

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	11:00-12:00	11:00-12:00	-	-
Miercuri	10:00-12:00	10:00-12:00	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

9) Medic

Nume: TUȚU-PAȚA Prenume: DOINA

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2610221400122/40756964297031355745

Codul medicului: 526660

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	08:00-10:00	08:00-10:00	-	-

Joi	11:00-12:00	11:00-12:00	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	00:00-00:00	00:00-00:00	-	-

10) Medic

Nume: BOLGAR-POPOV Prenume: MARIA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GASTROENTEROLOGIE

Cod numeric personal: 2611213400571/40792701735287041578

Codul medicului: 996572

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-09:00 12:00-14:00	07:00-09:00 12:00-14:00	-	-
Marti	17:00-21:00	17:00-21:00	-	-
Miercuri	17:00-21:00	17:00-21:00	-	-
Joi	07:00-09:00 12:00-14:00	07:00-09:00 12:00-14:00	-	-
Vineri	16:00-21:00	07:00-09:00 11:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

11) Medic

Nume: MIHĂILESCU Prenume: GABRIELA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: OTORINOLARINGOLOGIE

Cod numeric personal: 2620416400521/40122303179350947263

Codul medicului: 531343

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Marti	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Miercuri	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Joi	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

12) Medic

Nume: MIHĂLCIOIU Prenume: MARIA-MIHAELA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2690206090048/40920957780125070308

Codul medicului: 852063

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Marti	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Joi	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

13) Medic

Nume: ȘULOC Prenume: TUDORA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2490107400591/40853318671042714953

Codul medicului: 536968

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	08:00-09:00	08:00-09:00	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	12:00-14:00	12:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

14) Medic

Nume: MOROȘANU Prenume: BOGDAN-ALEXANDRU

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 1681113434538/40675517989237676553

Codul medicului: 699215

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-09:00	08:00-09:00	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	12:00-14:00	12:00-14:00	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

15) Medic

Nume: HNIDEI Prenume: ANCA-RODICA

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2680913440011/40197913029308190652

Codul medicului: 970415

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	11:00-12:00	11:00-12:00	-	-
Marti	12:00-14:00	12:00-14:00	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

16) Medic

Nume: RĂDUCANU Prenume: ILEANA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2720204441512/40160618281407498032

Codul medicului: 887121

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	12:00-14:00	12:00-14:00	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	09:00-10:00	09:00-10:00	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	00:00-00:00	00:00-00:00	-	-

17) Medic

Nume: OPRIS Prenom: GEORGE

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: UROLOGIE

Cod numeric personal: 1671204443018/40507745127379040319

Codul medicului: C66875

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	17:00-21:00	17:00-21:00	-	-
Marti	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Miercuri	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Joi	17:00-21:00	17:00-21:00	-	-
Vineri	17:00-21:00	17:00-21:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

18) Medic

Nume: MARDIROSEVICI Prenom: MARIA-LUCIANA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: NEUROLOGIE

Cod numeric personal: 2750630431511/40301814752636245257

Codul medicului: 997928

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Marti	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Miercuri	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Joi	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Vineri	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

19) Medic

Nume: HERGHELEGIU Prenom: ANNA MARIE

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: GERIATRIE SI GERONTOLOGIE

Cod numeric personal: 2761212040091/40125259136822903793

Codul medicului: D66031

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Marti	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-

Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Joi	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

20) Medic

Nume: MELCIOIU Prenume: LIVIA-MIHAELA

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: OFTALMOLOGIE

Cod numeric personal: 2811104160041/40615994260577133453

Codul medicului: D55002

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Marti	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Miercuri	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Joi	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Vineri	07:30-14:30	07:30-14:30	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,

CRISTINA-CONSTANȚA CĂLINOIU

Director executiv al Direcției economice,

IOANA-MIHAELA LUCA

Director executiv al Direcției relații contractuale,

ANDREEA-NICOLETA SAFTA

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal,

ȘTEFAN ANCA ELENA

SERVICIUL CPSACAMDAMPSP,
Cons. CORNELIA CAMELIA GOMOI

Vizat
Juridic, contencios

Întocmit,
Popa Gabriela

ACT ADIȚIONAL NR 4104 / 29.12.2017

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate
din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctura
nr. S0184/2016

Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, cu sediul în București, Șos. București-Ploiești, Nr. 7, sector 1, tel: 021.315.39.29, 021.315.39.30, fax: 021.314.27.57
reprezentată prin Președinte - Director General **Cristina Constanța CĂLINOIU**
și

Furnizorul de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile clinice Institutul National de Geriatrie și Gerontologie Ana Aslan cu sediul social în
Strada Manastirea Caldarusani 9,, având CUI 4283333, reprezentat prin **STEFAN ANCA ELENA**

Având în vedere

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- HG nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare,
- Ordinul MS/CNAS nr.196/139/2017 privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2017 a HG 161/2016, cu modificările și completările ulterioare,
- H.G. nr.923/2017 privind prelungirea termenului de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2016 - 2017
- Ordinul MS/CNAS nr. 1498/1301/2017 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului MS/CNAS nr. 196/139/2017, privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anii 2016 - 2017 a HG nr.161/2016
- Adresa CNAS nr. LM 11081/21.12.2017 înregistrată la CASMB cu nr. 1825/21.12.2017

Părțile convin următoarele:

Art.1 Perioada de valabilitate a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice nr. S0184/2016 se prelungește până la data de **31.03.2018**.

Art.2.Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice în lunile ianuarie – martie 2018, în baza prezentului act adițional, se vor face din sumele alocate în bugetul FNUASS pentru anul 2018, aprobat pentru CASMB.

Art.3 Condițiile acordării serviciilor în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice în baza prezentului act adițional, sunt cele prevăzute de actele normative în vigoare pe perioada derulării contractului.

Art.4. Restul clauzelor din contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice nr.S0184/2016 rămân neschimbate.

Prezentul act adițional a fost încheiat în data de 29.12.2017, în 2 (două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă, intră în vigoare cu data de 01.01.2018 și este valabil până la data de 31.03.2018.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general
Cristina Constanta CALINOIU

Director executiv al Direcției Economice
Ioana Mihaela LUCA

Director executiv al Direcției Relații
Contractuale
Dr. Andreea Nicoleta SAFTAI

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE

Reprezentant legal

Serviciul CPSACAMDAMPSP
Cons. Cornelia Camelia GOMOI

Intocmit
Gabriela LUPAN