

CAS IALOMITA  
Nr 3480 din 26.04.2018

Spitalul Jud. de Urgenta Slobozia  
Intrare / Iesire Nr. 24 3889  
Ziua 27 Luna 04 Anul 2018

## CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice nr 428 / 26.04.2018

### I. Părțile contractante

**Casa de asigurări de sănătate IALOMITA** cu sediul în municipiul SLOBOZIA bdul Matei Basarab nr. 175, județul Ialomita, telefon/fax 0243231665/0243232750 adresă e-mail paraclinic@casil.ro, reprezentată prin președinte - director general MIHAI GEANTA și

**SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA**, cu sediul în localitatea Slobozia, str Decebal nr 1, județul Ialomita, telefon 0243/212372, fax 0243/234657, adresă de e-mail spitalslobozia@gmail.com, reprezentat prin ec Mariana IANCU

### II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, 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. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 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:

- a) investigațiilor paraclinice - analize de laborator
- b) investigații paraclinice - radiologie-imagistica medicala ( CT, RMN, RADIOLOGIE)

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

#### Analize medicale de laborator

##### a) Medic

**Nume: MALINCENCO Prenume: DANA STEFANIA**

Specialitatea: medicina de laborator

Cod numeric personal: 2800110213700

Codul de parafă al medicului: A78366

Program zilnic de activitate : L-V 08.00-15.00

**i) Medic**

**Nume: ANDREI Prenume: PETRE MARIUS**

Specialitatea: radiologie-imagistica medicala

Cod numeric personal: 1440324212951

Codul de parafă al medicului: 404394

Program zilnic de activitate : L-V 8.00-14.00

**IV. Durata contractului**

**ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data de 01 mai 2018 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 publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, 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 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 conform 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, 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/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 2 la H.G. nr. 140/2018, 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 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;

- 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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, 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;
- 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 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;
- 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 împlinște 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, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- 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 informatice 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, prin scrisoare medicală, 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.

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 sancționează 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 neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați conform facturilor și utilizați 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 biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist 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 de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică, 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 ANMDM, 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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018;

ț) să consemneze 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 și imagistică medicală, 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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, pentru asigurarea 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 constatare 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 a asigurarilor 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 asigurarilor de

6	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7.88	400	3,152.00
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	7.54	400	3,016.00
8	2.6101	Timp Quick și INR*1) (International Normalised Ratio)	14.68	400	5,872.00
9	2.6102	APTT	12.3	400	4,920.00
10	2.6103	Fibrinogenemie*1)	13.68	400	5,472.00
<b>Biochimie - serică și urinară</b>					
11	2.1002	Proteine totale serice*1)	7.04	400	2,816.00
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	15.2	400	6,080.00
13	2.10063	Feritină serică *1)	40	400	16,000.00
14	2.1011	Uree serică*1)	5.86	400	2,344.00
15	2.1012	Acid uric seric*1)	5.86	400	2,344.00
16	2.1014	Creatinină serică*1), **)	5.92	400	2,368.00
17	2.1015	Bilirubină totală*1)	5.86	400	2,344.00
18	2.1016	Bilirubină directă*1)	5.86	400	2,344.00
19	2.102	Glicemie*1)	5.74	400	2,296.00
20	2.10303	Colesterol seric total*1)	5.74	400	2,296.00
21	2.10304	HDL colesterol*1)	8.19	400	3,276.00
22	2.10305	LDL colesterol*1)	7.69	400	3,076.00
23	2.10306	Trigliceride serice*1)	7.04	400	2,816.00
24	2.10402	TGP*1)	5.86	400	2,344.00
25	2.10403	TGO*1)	5.83	400	2,332.00
26	2.10404	Creatinkinaza CK	10	400	4,000.00
27	2.10406	Gama GT *1)	7.99	400	3,196.00
28	2.10409	Fosfatază alcalină*1)	7.79	400	3,116.00
29	2.105	Sodiu seric*1)	10	400	4,000.00
30	2.10501	Potasiu seric*1)	11	400	4,400.00
31	2.10503	Calciu seric total*1)	5.37	400	2,148.00
32	2.10504	Calciu ionic seric*1)	7.88	400	3,152.00
33	2.10505	Magneziemie*1)	5.37	400	2,148.00
34	2.10506	Sideremie*1)	7.1	400	2,840.00
35	2.10507	Fosfor (fosfat seric) *9)	13	400	5,200.00
36	2.26	Examen complet de urină (sumar + sediment) *1)	9.34	400	3,736.00
37	2.2604	Dozare proteine urinare*1)	5.37	400	2,148.00
38	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară) *8)	22	400	8,800.00
39	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	5.37	400	2,148.00
40	2.2623	Creatinină urinară *8)	8	400	3,200.00
<b>Imunologie</b>					
41	2.25	TSH*1)	20.5	200	4,100.00
42	2.2502	FT4*1)	20.83	200	4,166.00
43	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43	200	8,600.00
44	2.2509	Hormonul foliculostimulant FSH	23.82	200	4,764.00
45	2.251	Hormonul luteinizant (LH)	23.82	200	4,764.00
46	2.2514	Cortizol	27.87	200	5,574.00

A

78	2.50114	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15.29	200	3,058.00
<b>Examene din secreții uretrale</b>					
79	2.308	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15.29	200	3,058.00
80	2.50115	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15.29	200	3,058.00
<b>Examene din secreții otice</b>					
81	2.305	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15.29	200	3,058.00
82	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15.29	200	15.29
<b>Examene din secreții nazale</b>					
83	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15.29	100	1,529.00
84	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15.29	100	1,529.00
<b>Examene din secreții conjunctivale</b>					
85	2.304	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15.29	300	4,587.00
86	2.5011	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15.29	300	4,587.00
<b>Examene din colecție purulentă</b>					
87	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15.29	100	1,529.00
88	2.50120_2	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15.29	100	1,529.00
<b>Testarea sensibilității la substanțe antimicrobiene și antifungice</b>					
89	2.313	Antibiogramă*5)	12.23	100	1,223.00
90	2.502	Antifungigramă*5)	14.55	150	2,182.50
<b>TOTAL</b>					<b>326,641.61</b>

9	Examen radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Examen radiologic torace și organe toracice*1)	32	40	<b>1,280.00</b>
10	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	32	40	<b>1,280.00</b>
14	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvinare	70	40	<b>2,800.00</b>
15	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	220	40	<b>8,800.00</b>
16	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	250	30	<b>7,500.00</b>
18	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	250	40	<b>10,000.00</b>
19	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	250	40	<b>10,000.00</b>
20	Examen radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	280	38	<b>10,640.00</b>
<b>TOTAL RADIOLOGIE</b>				<b>60,410.00</b>
<b>B. Investigații de înaltă performanță</b>				
42	CT craniu nativ	120	20	<b>2,400.00</b>
43	CT buco-maxilo-facial nativ	150	20	<b>3,000.00</b>
44	CT regiune gât nativ	130	20	<b>2,600.00</b>
45	CT regiune toracică nativ	175	20	<b>3,500.00</b>
46	CT abdomen nativ	175	20	<b>3,500.00</b>
47	CT pelvis nativ	175	20	<b>3,500.00</b>
48	CT coloană vertebrală nativ/segment	60	20	<b>1,200.00</b>
49	CT membre nativ/membru	60	20	<b>1,200.00</b>
50	CT mastoidă	150	20	<b>3,000.00</b>
51	CT sinusuri	150	20	<b>3,000.00</b>
52	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	375	20	<b>7,500.00</b>
53	CT hipofiză cu substanță de contrast	375	20	<b>7,500.00</b>
54	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	400	20	<b>8,000.00</b>
55	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	375	20	<b>7,500.00</b>
56	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	450	20	<b>9,000.00</b>
57	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400	20	<b>8,000.00</b>

93	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	600	20	<b>12,000.00</b>
94	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	400	20	<b>8,000.00</b>
95	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN	800	17	<b>13,600.00</b>
96	Colangio RMN	300	10	<b>3,000.00</b>
TOTAL				<b>395,393.00</b>

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

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. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

**Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: analize de laborator , radiologie si imagistica medicala este de 787 441. 61 lei, ( inclusiv valoarea actelor pentru perioada ianuarie-aprilie 2018 ) , din care:**

Luna	analize medicale de laborator	citologie	CT+RMN	radiologie conventionala	total contract paraclinic
<b>TRIMESTRUL I 2018, din care</b>	<b>151,427.61</b>	<b>2,800.00</b>	<b>191,650.00</b>	<b>25,047.00</b>	<b>370,924.61</b>
ianuarie 2018	38,910.94	680.00	65,950.00	5,773.00	111,313.94
februarie	56,639.20	920.00	63,415.00	10,835.00	131,809.20
martie	55,877.47	1,200.00	62,285.00	8,439.00	127,801.47
<b>TRIMESTRUL II 2018, din care</b>	<b>175,214.00</b>	<b>2,197.00</b>	<b>203,743.00</b>	<b>35,363.00</b>	<b>416,517.00</b>
aprilie 2018	62,163.00	769.00	67,217.00	11,280.00	141,429.00
mai	56,526.00	714.00	68,263.00	12,041.50	137,544.50
iunie	56,525.00	714.00	68,263.00	12,041.50	137,543.50
<b>TRIMESTRUL III 2018, din care</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
iulie 2018	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
august	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
septembrie	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>TRIMESTRUL IV 2018, din care</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
octombrie 2018	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
noiembrie	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
decembrie	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>total 2018</b>	<b>326,641.61</b>	<b>4,997.00</b>	<b>395,393.00</b>	<b>60,410.00</b>	<b>787,441.61</b>

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

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 ale lunii .

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

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 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.

(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 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 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 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) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor 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 măsurilor 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

## **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 celeilalte 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 ca 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 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.

## **XIII. 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 între 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.

## **XIV. Alte clauze**

ART. 24 (1) În situația în care, se constată de către autoritățile/organele abilitate, urmare a unor sesizări/controlare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute de art.204, alin. (2) din H.G. 140/2018 cu modificările și completările ulterioare, contractul se reziliază de plin drept.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și CAS Ialomita a fost reziliat în condițiile prevăzute la art.204 al.4 din HG 140/2018 cu modificările și completările ulterioare, CAS Ialomita nu va mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. CAS Ialomita nu va accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.

ART.25 (1) Partile contractante au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare .

(2)Partile contractante au obligația de a respecta prevederile Regulamentului ( 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, începând cu data de 25 mai 2018, data intrării în vigoare a Regulamentului ( UE ) nr. 679/2016.

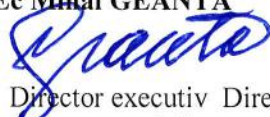
ART.26 (1) Valoarea totala a contractului nr 428/2018 derulat in anul 2018 este de 787 441.61 lei, din care:  
512 353.61 Lei – valoarea actelor aditionale incheiate pentru perioada ianuarie-aprilie 2018;  
275 088.00 lei – valoarea contractului pentru perioada mai – iunie 2018.

(2) Valoarea contractului pentru perioada iulie-decembrie 2018 va face obiectul unui act aditional ulterior, dupa suplimentarea bugetului FNUASS pentru semestrul II 2018, in conditiile actelor normative care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si relatiile contractuale dintre casele de asigurari de sanatate si furnizorii acestora, in vigoare la data incheierii actului aditional.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi 26.04.2018 în două exemplare a câte 21 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

### CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,  
Ec **Mihai GEANTA**



Director executiv Direcția  
economică,  
Ec **Doina STAN**



Director executiv Direcția  
relații contractuale,  
Ec **Anda BUSUIOC**



Vizat Juridic, contencios  
Cj **Liliana PANAIT**



Intocmit,  
Ec **Monica MATEI**



Director economic,  
ec **Violeta FESTILA**



Director medical

Director de îngrijiri,  
as **Florentina NAE**



Vizat Juridic

Cj **Vasile ZAMFIR**

