

Nr. inregistrare
10221/27.04.2009

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală despecialitate
de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru unitățile sanitare
ambulatorii de recuperare)

NR. 1190/ 2009

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate Dolj., cu sediul în municipiul Craiova , str. 1 Decembrie 191 nr. 8, județul Dolj., telefon/fax 0251-553.406, 0251-406.666, reprezentată prin președinte - director general ALINA- ELENA TANASESCU,

Și

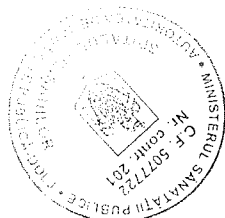
- unitățile ambulatorii de recuperare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

- cabinetul medical de specialitate....., organizat conform Ordonanței Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin.....;

- societatea de turism balnear și de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificările și completările ulterioare prin Legea nr. 143/2002, reprezentată prin

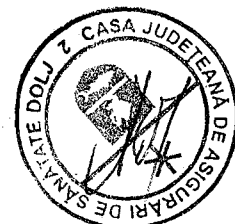
- ambulatoriul integrat din structura spitalului **SPITALUL FILISANILOR**, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, reprezentat prin **DUMITRU IOANA** în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

având sediul în municipiul/orașul **Filiasi**, str. **Racoteanu**, nr. **216.**, județul/sectorul..**DOLJ.**, telefon **0251441537**, actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară **Ordinul MSP nr 371/2008**, autorizație sanitară de funcționare nr **000398/20.06.2008** /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, dovada de evaluare a furnizorului nr. **3/16.04.2007**, cod unic de înregistrare nr. **5077722**, cont nr. **RO23TREZ2945047XXX0000027**, deschis la **Trezoreria Filiasi** , sau cont nr. deschis la Banca, cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului **MP06 0049182/01.01.2009** dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.



1

Handwritten signature



II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare

Art. 2. - Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale asiguraților, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către medicii conform anexelor 1 și 2 la prezentul contract

Art. 4. - Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

IV. Durata contractului

Art. 5. - Prezentul contract este valabil de la data 01.05.2009 până la data de 31 decembrie 2009.

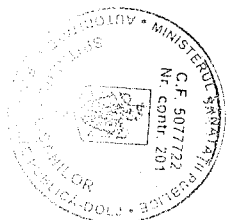
Art. 6. - Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

Art. 7. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate lista acestora, precum și valoarea de contract, pentru informarea asiguraților, actualizate dacă este cazul;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a



[Handwritten signature]

sănătății contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

4. să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu privire la condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

5. să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale recuperare-reabilitare a sănătății procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului, în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

6. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

7. să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală, a unor materiale sanitare și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici;

8. să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

9. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.

10. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

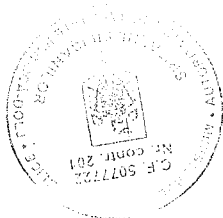
11. să nu deconteze contravaloarea serviciilor medicale dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

Art. 8. - Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății are următoarele obligații:

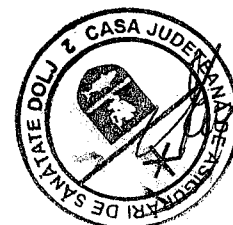
1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;



Blu



4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală de recuperare-reabilitare a sănătății pentru accidente de muncă și boli profesionale, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate al acestuia beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte care au dreptul și beneficiază de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații.

6. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării atunci când este cazul și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze; să utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în 3 exemplare; să păstreze un exemplar al biletului de trimitere; să înmâneze asiguratului două exemplare ale biletului de trimitere în vederea depunerii de către acesta la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești; în situația în care furnizorul de servicii medicale clinice acordă servicii medicale pe baza biletului de trimitere eliberat de alt medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității;

7. să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

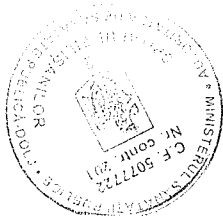
8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9. să respecte programul de lucru stabilit, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice casei de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

11. să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără



contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul

13. să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

14. să acorde servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății asiguraților, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

15. să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

16. să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

18. să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații.

19. să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate, emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

22. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, a scrisorii medicale și a biletului de ieșire din spital, după caz, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de

Ilse



valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienți din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, furnizorii de servicii medicale de recuperare și reabilitare a sănătății în asistența ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate precum și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală va fi un document tipizat, va conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

24. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și unele materiale sanitare, și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

27. să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

28. să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare și să refuze efectuarea serviciilor medicale recomandate în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

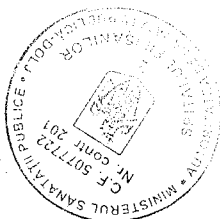
29. să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

Art. 9. - Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 10. - (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul prezentat în anexa nr 4 , parte integrantă a prezentului contract..

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este



Am

de 40143,62 lei.

Art. 11. - (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului serviciilor efectiv realizate și a tarifelor pe serviciu medical, în limita sumelor contractate, până la data de - a lunii următoare celei pentru care se face plata.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră, după cum urmează

- suma aferenta trimestrului I	13532,34	lei , din care
- luna I	4759,43	lei
- luna II	4591,56	lei
- luna III	4181,35	lei
- suma aferenta trimestrului II	11491,23	lei , din care
-luna IV	4761,62	lei
-luna V	3215,16	lei
-luna VI	3514,46	lei
-suma aferenta trimestrului III	10543,37	lei , din care
-luna VII	3514,46	lei
-luna VIII	3514,46	lei
-luna IX	3514,46	lei
- suma aferenta trimestrului IV	4576,68	lei , din care
- luna X	1919,18	lei
- lunaXI	1919,18	lei
- luna XII	738,32	lei

(3) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- la prima constatare cu 10%
- la a doua constatare cu 20%
- la a treia constatare cu 30%.

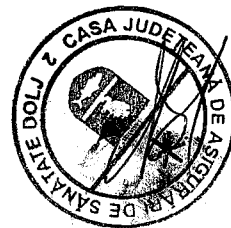
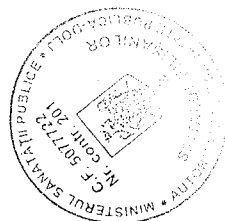
Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de recuperare- reabilitare din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul: conform anexelor nr.1 și nr.2 la contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare , reabilitare a sanatații nr. 1190/2009.

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

Art. 12. - Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități

Dem



sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr **RO23TREZ2945047XXX000027** deschis la **TREZORERIA FILIASI**, sau contul nr., deschis la Banca.....

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 13. - Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificări și completări, referitoare la diagnostic și tratament.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 14. - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 15. - Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

Art. 16. - 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, mari inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

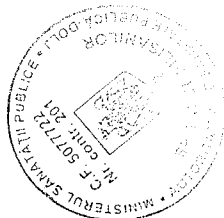
Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

Art. 17. - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

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

Art. 18. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a obligației prevăzută la art. 8, pct. 9. nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8, pct. 2., 7, 21, 25 a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 8, pct. 5., 6., 8., 11., 14., 15., 18., 26., se va diminua contravaloarea serviciilor medicale pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații și respectiv pentru fiecare dintre situațiile în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea



Dem

asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, se va diminua contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează, după cum urmează:

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

(2) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 19. - Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data 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 de recuperare-reabilitare a sănătății;

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

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

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

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20), 22), 23), 27) precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

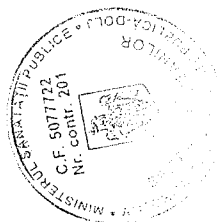
g) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 8 pct. 5), 6), 8), 11), 14), 15), 18), 26);

h) la prima constatare după aplicarea măsurilor de diminuare a contravalorii serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 8 pct. 2., 7., 9., 25. abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație,

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

j) dacă se constata nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în

Am



cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 20. - Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale de recuperare se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

f) în cazul în care a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

Art. 21. - Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia;

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

c) la solicitarea furnizorului pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

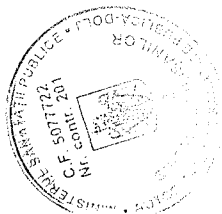
Art. 22. - (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 lit. b), c), f) și g) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 23. - Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Art. 24. - Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin



Adw

scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 25. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 10 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 26. - (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 fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Art. 27. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

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

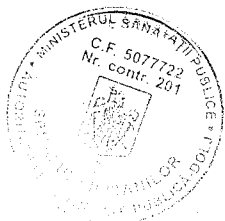
XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 28. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clause

1. Decontarea serviciilor medicale, potrivit art. 11 din contract, se va efectua în limita prevederilor bugetare.
2. Modificarea programului de activitate al medicilor de specialitate, care își desfășoară activitatea în cadrul furnizorului de servicii medicale, intră în vigoare din luna următoare celei în care furnizorul comunica CAS Dolj programul de lucru modificat. Majorarea programului de activitate al medicilor de specialitate nu determină suplimentarea valorii contractate pe anul 2009.
3. Introducerea de medici noi în activitatea furnizorului de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare – reabilitate a sanatații, se va face în urma aprobării de către comisia organizată conform art. 43 alin. 2 din HG nr. 1714/17.12.2008, fără a determina suplimentarea valorii contractate pe anul 2009.
4. Declararea necorespunzătoare adevărului, făcută de către furnizorul de servicii medicale Casei de Asigurări de Sănătate Dolj, în vederea producerii unei consecințe juridice, conduce la rezilierea de plin drept a contractului.
5. În valoarea contractată pe anul 2009 sunt cuprinse și sumele contractate pentru lunile ianuarie, februarie, martie și aprilie 2009, prin actele adiționale nr. 34277/30.12.2008 și 6522/31.03.2009.



[Handwritten signature]



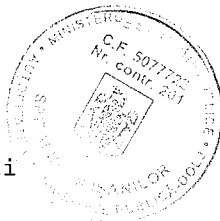
contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate de recuperare (pentru unitatile sanitate ambulatorii de recuperare).

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi 27.04.2009, în două exemplare a câte 12 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
ALIŢA- ELENA

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
DUMITRU IOANA

Director executiv al Direcției
management și economică,
EC. LINA PERIETEANU



Ioana

Director exec al Direcției
Relatii cu furnizorii
EC. NICOLAE MARGARIT

Vizat
Juridic, contencios și aplicare
acorduri internaționale



2EX12L.V.

Ioana

Am primit