



2014 07 01 225

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală) nr. 4BFT/01.07.2014

I. Părțile contractante

-**Casa de asigurări de sănătate Galati**, cu sediul în municipiul/orașul Galati, str. M.Bravu, nr.42, județul/sectorul Galati, telefon/fax 0236410111 / 0236413462, reprezentată prin **Președinte - Director General Dr.Elena VRABIE**

și

Ambulatoriul integrat din structura Spitalului Clinic Judetean de Urgenta pentru Copii "Sfantul Ioan", reprezentat prin Dr.Stefanescu Victorita în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte, având sediul în municipiul Galati, str. Ghe.Asachi. nr. 2, județul GALATI, telefon 0236/469.100, fax 0236/469.849, e-mail spurgcopgl@mail.com, și **punctul de lucru** cu sediul în municipiul Galati, str. Constructorilor Tiglina II, județul GALATI

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală.

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de reabilitare medicală asiguraților, conform anexe nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, se face de către următorii medici:

- 1.VERENCA MADALINA
- 2.BORS AURA MADALINA

ART. 4 Serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală 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 reabilitare medicală.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală autorizați și evaluați și să facă publice 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;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și 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. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- 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 pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; 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.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr.400/2014 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;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; 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;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

h) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; 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.

i) 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;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatul medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile

prevăzute în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

k) 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-consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală 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, cu excepția situațiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (2) din H.G. nr.400/2014.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din H.G. nr.400/2014 și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură

electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de reabilitare medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de

sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) 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 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare 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; În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuti/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr.400/2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în H.G. nr.400/2014 și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site – ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) 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/Confederației Elvețiene, 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;

t) 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;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

v) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și de la data la care se implementează formularele electronice menționate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

w) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

aa) 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 afecțiunilor prevăzute în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinica de reabilitare medicală este prevăzută în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv 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 și 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 /Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ab) 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 prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a

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, din 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 anexa 43 la Ordinul ministrului

sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice

de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

ac) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

ad) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale

în vigoare;

ae) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de

asigurări de sănătate, după caz.

af) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia

în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se

decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ag) 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 potrivit dispozițiilor

Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ai) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit.

ah), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări

sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a caror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ak) să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea acestora.

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Ianuarie-Mai 2014

Tipul serviciului	Numarul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical-consultație* / caz*	Valoare
0	1	2	3=1*2
Servicii medicale - consultații	812	20,00	16.240,00
Servicii medicale - cazuri	410	140,00	57.400,00
Total			73.640,00

IUNIE 2014

Tipul serviciului	Numărul de servicii -consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical-consultație*)/ zile de tratament*	Valoare -lei-
0			
Servicii medicale - consultații	90	20,00	1.800,00
Servicii medicale - consultații cu proceduri	28	40,00	1.120,00
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri	780	28,00	21.840,00
Total			24.760,00

IULIE-DECEMBRIE 2014

Tipul serviciului	Numărul de servicii -consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical-consultație*)/ zile de tratament*	Valoare -lei-
0			
Servicii medicale - consultații	655	20,00	13.100,00
Servicii medicale - consultații cu proceduri	300	40,00	12.000,00
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri	5460	28,00	152.880,00
Total			177.980,00

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală sunt cele prevăzute în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 916/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de 276.380,00 lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament reabilitare medicală realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de 9 ale lunii. .

Tariful pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional conform formulei: nr. Procedure recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

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

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

Suma anuală contractată este de 276.380,00 lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I 44.180,00 lei,

din care:

- luna I 14.740,00 lei

- luna II 14.740,00 lei

- luna III 14.700,00 lei

- Suma aferentă trimestrului II 54.220,00 lei,

din care:

-luna IV 14.740,00 lei

-luna V 14.720,00 lei

-luna VI 24.760,00 lei

- Suma aferentă trimestrului III 88.012,00 lei,

din care:

- luna VII 31.004,00 lei

- luna VIII 31.004,00 lei

- luna IX 26.004,00 lei

- Suma aferentă trimestrului IV 89.968,00 lei,

din care:

- luna X 31.004,00 lei

- luna XI 31.004,00 lei

- luna XII 27.960,00 lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de reabilitare medicală din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: VERENCA Prenume: MADALINA

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Cod numeric personal: 2640115170353

Codul de parafă al medicului: B01005

Program zilnic de activitate L,Mi,Vi 08.00-13.00 , Ma,J 13.00-18.00(5 ore/zi)

b) Medic

Nume: Bors Prenume: AURA MADALINA

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Cod numeric personal: 2800516170107

Codul de parafă al medicului: C86436

Program zilnic de activitate L,Mi,Vi 13.00-18.00 , Ma,J 08.00-13.00 (5 ore/zi)

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat 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.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. RO47TREZ306504XXX009336 deschis la Trezoreria Galati.

VII. Calitatea serviciilor medicale de reabilitare medicală

ART. 13 Serviciile medicale de reabilitare medicală, 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. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală 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 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% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații pentru fiecare dintre aceste situații

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. a) – c) , e-h), j) – u), w), y), aa) - ae), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusive prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ai) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ai) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv 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) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(8) a 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.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. ak) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la edicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, 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 sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate, în vederea decontării de către casele 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) 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) 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 documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

h) 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, inclusive ambulatoariul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. z), aj) și art. 45 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr.400/2014;

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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 de - reabilitare medicală 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. 21 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 în condițiile 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 de lucru, după caz.

ART. 21 Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală se suspendă cu 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. 41 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr.2 la H.G. nr.400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. x), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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 sanatate, 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) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) 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

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 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 alin. (1) lit. a) subpct. a1) 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 scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 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 de reabilitare medicală, 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 putință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28 (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.

XIV. Alte clauze

ART.29 Dacă se constata ca furnizorul a prescris rețete compensate și gratuite peste perioada de valabilitate a contractului, CAS Galati se va îndrepta împotriva reprezentantului legal, pentru recuperarea contravalorii acestora.

ART.30 Furnizorul nu va fi considerat absent de la program în situația în care participă la cursuri de perfecționare organizate de instituțiile abilitate, dacă face dovada participării la aceste cursuri.

ART.31 (1) Depunerea raporturilor (pe suport electronic și de hartie) însoțite de factura pentru serviciile medicale efectuate se face în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna pentru care se face raportarea. Nerespectarea acestei clauze se va atenționa cu avertiment la prima abatere iar începând cu a doua abatere se sancționează cu diminuarea valorii de contact în luna în care se constata această situație astfel:

5 % la a doua abatere,

10% la a treia abatere,

15 % la a patra abatere,

la a cincea abatere contractul se reziliează.

(2) În cazul nerespectării acestei clauze de două ori în cadrul unui trimestru contractul se reziliează.

ART.32 În cazul expirării unui document depus la dosarul de contractare, furnizorul este obligat să-l actualizeze în termen de 5 zile de la expirarea acestuia. Dacă în termen de 15 zile, de la expirarea documentului mai sus menționat, furnizorul nu depune la CAS Galati documentul actualizat, atunci acesta se sancționează cu diminuarea cu 10% a valorii de contract în luna în care se constata această situație.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi 01.07.2014, în două exemplare a câte 10 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,

Dr.Elena VRABIE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE

Reprezentant legal,

Dr. Victorita STEFANESCU

Directia economică – Director executiv,
Ec. Julia Simona PETCU

Directia relatii contractuale – Director executiv,
Ec. Mihaela Oana DOCAN

Compartiment relatii cu furnizorii,

Vizat
Juridic, contencios
Cons.jur.Simona Caranghel

Contabil sef,
Ec. Laura CLOSCA