

MUNICIPIUL GALAȚI  
SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ  
PENTRU COPII "SF. IOAN" GALAȚI

INTRARE N° 862  
IEȘIRE N° 0107-2014  
Data I. Părțile contractante

## CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu  
pentru specialitățile clinice,  
NR.6AmbCli

2014 229  
07 01

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

și

Ambulatoriul integrat din structura **Spitalului Clinic de Urgență pentru copii "Sf. Ioan"**, având sediul în municipiul Galați, str. Gh Asachi, nr.2, județul/sectorul Galați, telefon 0236/469100, 469101, 469102, 469850 și fax: 0236/469849, adresă e-mail:spurgcopgl@mail.com, fax. 0236/811608, **reprezentat prin Manager Dr. Victorița STEFANESCU**,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură, 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. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014, în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură și planificare familială:

- a) **Chirurgie si ortopedie pediatria**
- b) **Endocrinologie**
- c) **Oftalmologie**
- d) **Neuropshihiatrie Infantila**
- e) **Pediatric**
- f) **Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice**
- g) **Cardiologie**
- h) **Alergologie**
- i) **ORL**

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură se face de către următorii medici, **conf.Anexei nr.1 la prezentul contract.**

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.400/2014.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă public în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această

k) 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;

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate de medici conform specialității clinice și competențe/atestare de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în anexa 8 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;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite 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.

#### B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale 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 și persoane beneficiare ale pachetului minimal, 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; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor 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, 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 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 tratate în ambulatoriu; pentru urgentele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;

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;

- s) 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;
- ș) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;
- t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- ț) 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;
- u) 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;
- v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- w) 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, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și prescripția medicală care este formular cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, 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; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează.
- x) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
- y) 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.
- z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
- aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
- ab) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății

ai) 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.619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014;

aj) 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 de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate/până la data prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

ak) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. aj), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

al) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în aceasta 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.

#### VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2014 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 1,7 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 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 se ajustează în funcție de:

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

b) gradul profesional medic primar 20%.

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

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna

reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului 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 diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs 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% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak) 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 sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak) 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. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

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

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

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

(10) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialitățile clinice a obligației prevăzute la art. 7 lit. af) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 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 secundare de lucru, după caz.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr.400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y), 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 asigurari 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. 17 (1) Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei

ART. 26. Furnizorul are obligatia sa aduca la cunostinta CAS Galati adresele de e-mail, sa consulte permanent site-ul Casei de Asigurari de Sanatate Galati. Toate comunicariile postate pe site si transmise pe e-mail furnizorilor se considera a fi cunoscute de catre furnizor.

ART. 27 In cazul expirarii unui document depus la dosarul de contractare, furnizorul este obligat sa-l actualizeze in termen de 5 zile de la expirarea acestuia. Daca in termen de 15 zile, de la expirarea documentului mai sus mentionat, furnizorul nu depune la CAS Galati documentul actualizat, atunci acesta se sanctioneaza cu diminuarea cu 10% a valorii minime garantate a punctului, in luna in care se constata aceasta situatie.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, 01.07.2014, în două exemplare a câte 13 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
GALATI**

Președinte - Director General  
Dr.Elena VRABIE

Directia economica  
Director executiv  
Ec.Iulia Simona PETCU

Directia relatii contractuale  
Director executiv  
Ec.Oana Mihaela DOCAN

Vizat  
Compartiment juridic, contencios  
Cons.jur.Corina BURCIU

Compartiment relatii cu furnizorii

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**

SP.CLIN.DE URG.PT.COPII SF.IOAN

MANAGER

Medic primar

Dr.Victorita STEFANESCU

DIRECTOR ECONOMIC

Ec.Laura Closca



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE GALATI  
ANEXA 2 la contractul nr.6 AmbCii/01.07.2014

Nr.	Specialitatea/ nume prenume	Grad prof.	COD PARAF	CNP	Program defalcacat pe zile							nr. Ore/sapt
					luni	marti	miercuri	joi	vineri	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	53	
	<b>CABINET MEDICAL I PEDIATRIE</b>											
1	VEDES STEFANIA NADIA	MP	032936	2550522170391	14-19	8-12	14-19	8-12	14-19		23	
2	BANU ARIELA	MP	354554	2590924170325	12-14	12-14	12-14	12-14			6	
3	TIMOFTE-TIRIAC EUGENIA	M.P.	268791	2531030170388	8-12	14-19	8-12	14-19	8-12		22	
4	IACOB MARIANA	MP	257906	2510223170380	12-14				12-14		2	
	<b>CABINET MEDICAL II PEDIATRIE</b>										59	
5	BUSILA CAMELIA	MP	952128	2750311170354	12-14		12-14				4	
6	CRISTESCU BUDALA LAURA CARMEN	MP	884603	2720626170351		12-14					2	
7	RADOI SANDULACHE-ELEN	MP	178897	2530106170372	8-12	14-19	8-12	14-19	8-12		22	
8	BORSIOV GRIGORE	MP	299486	1570818170329				12-14	12-14		4	
9	SPRANCEANA JEANA	MP	259872	2540404170333	14-19	8-12	14-19	8-12	14-19		23	
10	BACIU GINEL	MP	678643	1621120170323	07-08	07-08	07-08	07-08			4	
	<b>CHIRURGIE SI ORTOPEDIE PEDIATRICA</b>										35	
11	CANDUSSI IULIANA LAURA	MS-op	B34324	2760319173165	12-14	12-14	12-14	12-14	12-14		10	
12	NITA CONSTANTA-MIHAELA	MP	128856	2550516170416			08-13				5	
13	DUCA TEODOR	MP	359945	1600124400063				08-13			5	
14	PETREA ALECU	MP	261483	1530817170382		08-13					5	
15	CRISTEA VIRGIL-CORNELIU	MP	253928	1510324400417	08-13						5	
16	STEFANOPOL IOANA ANCA	MP / MS	856388	2690608463066					08-13		5	
	<b>OFTALMOLOGIE</b>										60	
17	DR.MAZILESCU RODICA	MP	128404	2570509170407	14-20	08-14	14-20	08-14	14-20		30	
18	DR.IVAS SORA	MP	259575	2541002090107	8-14	14-20	8-14	14-20	8-14		30	
	<b>ENDOCRINOLOGIE</b>											
19	DRAGONIR ANANIE EMILIANA TEODORA	MS	B02676	2810917090030	7.30-14.30	7.30-14.30	13-20	7.30-14.30	7.30-14.30		35	
	<b>NEUROPSIHATRIE INFANTILA</b>										35	
20	CAMPEAN MARCELA (NPI)	MP	636278	2531229400459	7-10	7-10	7-10	7-10	7-10		15	
21	COJOCARU EVA MARIA (Neuro)	MP	897752	2690218120712	10-14	10-14	10-14	10-14	10-14		20	
	<b>Psiholog</b>											
1	TANASE RALUCA ECATERINA		8895	2801125170018	10-14	10-14	10-14	10-14	10-14		20	
	<b>CARDIOLOGIE</b>											
22	PROF.DR.NECHITA AUREL	M.S.	725692	1510414170383	10-13	10-13	10-13	10-13	10-13		15	
	<b>ALERGOLOGIE</b>										10	
23	IERIMA GAVRILA-ALEXANDRU	M.P.	253985	1480206170311	08-10	08-10	08-10	08-10	8-10		10	
	<b>O.R.L</b>										20	
24	UDRESCU SIDONIA	M.P.	259622	2530210170375	14-18	08-12	14-18	08-12	14-18		5	
	<b>DIABET</b>											
25	PROF.DR.NECHITA AUREL	M.S.	725692	1510414170383	13-14	13-14	13-14	13-14	13-14		5	



intocmit  
Ec.Adrian Neacsu

Manager Sp.Sf.Ioan Galati  
Dr.Victoria Stefanescu