

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice,
acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative
30/2018

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Prahova, cu sediul în municipiul Ploiesti, str. Praga, nr. 1, județul Prahova, telefon 0244 594600, fax 0244 511443, e-mail info@casph.mmc.ro, reprezentată prin președinte - director general Maguleanu Catalin,
și

- Ambulatoriul integrat din structura SPITALULUI MUNICIPAL CAMPINA , reprezentat prin TIU CĂLIN-IULIAN, având sediul în municipiul/orașul Câmpina, str. Carol I nr. 117 , județul/sectorul PRAHOVA, telefon 0244337351, fax 0244334124, e-mail secretariat@spitalcampina.ro.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative, conform Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Art. 2. - Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative:

- 1) CARDIOLOGIE;
- 2) DERMATOVENEROLOGIE;
- 3) DIABET ZAHARAT, NUTRITIE SI BOLI METABOLICE;
- 4) ENDOCRINOLOGIE;
- 5) MEDICINA INTERNA;
- 6) NEUROLOGIE;
- 7) ONCOLOGIE MEDICALA;
- 8) PEDIATRIE;
- 9) PSIHIATRIE;
- 10) CHIRURGIE GENERALA;
- 11) OBSTETRICA-GINECOLOGIE;
- 12) OFTALMOLOGIE;
- 13) ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE;

14) OTORINOLARINGOLOGIE;

15) UROLOGIE.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative se face de către următorii medici:

1. PAPAHAGI CONSTANTIN-DORIN;
2. MATEI ALEXANDRU;
3. IONESCU DAN-CONSTANTIN;
4. POPESCU NICULAE;
5. ENOIU NICOLAE;
6. ONU CRISTINEL-TIRONICĂ;
7. NICA EMIL-DAN-CRISTIAN;
8. CUCU ION-VIOREL;
9. BĂRBUCEANU SORIN;
10. GROSU MARICICA;
11. MIHĂESCU ADRIANA;
12. FUSU-PLĂIAȘU ELENA;
13. CONSTANTIN MARIANA;
14. NICOLĂESCU ADINA;
15. DAMIAN ANCA-MAGDALENA;
16. CEAPĂ MARIANA;
17. GROZEA MARILENA-CARMEN;
18. TIFIGIU RENATA-GABRIELA;
19. CONSTANTINIU ILEANA;
20. BĂDOIU MONICA-VIORICA;
21. BRÎNZĂ-GAVRILESCU-MOȘU ANA-MARIA;
22. BĂRBUCEANU ALICE-MONICA-EMILIA;
23. RADU CRISTINA-ISABELLA;
24. TOCARU LILIANA;
25. TIFIGIU MIHAI-VALENTIN;
26. IONIȚĂ DANIEL-ADRIAN;
27. NAN IRINEL;
28. POENARU IOAN;
29. COSTEA PETRU TRAIAN;

30. REPEDE ANDREI;
31. BĂDIȘOR NICOLETA-ELEONORA;
32. ȘTEFAN MIHUȚ-MIHAIL;
33. HERCIU NICOLAE;
34. NIȚĂ SERGIU-ALEXANDRU;
35. ANGHEL ȘTEFAN-VIOREL;
36. CONSTANTINESCU ION;
37. IANOVICI ALOMA EVELINA.

IV. Durata contractului

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data de 01-05-2018 până la 31-12- 2018.

Art. 5. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 140/2018.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din Anexa nr.2 la H.G. nr. 140/2018 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

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

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea

sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total de puncte la nivel național realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și competenței/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil),

2. pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de vaibilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să completeze/ să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia.

n) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de

asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018;

q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

r) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

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

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

ț) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

u) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ț) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

v) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății propriei persoane, din culpă - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

w) începând cu 1 iulie 2018 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalități de plată

Art. 8. - (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, și tarif pe serviciu medical – consultație/caz exprimat în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2018 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 2,8 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018.

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

- a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu 0%*)
- b) gradul profesional medic primar 20%.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei.

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

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei, din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

(7) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical – caz pentru servicii medicale de acupunctură se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.397/836/2018.

(8) Tariful pentru serviciile medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este:

- (denumire serviciu) lei

- (denumire serviciu) lei

-

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

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei, din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

(10) Plata serviciilor medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018.

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

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 anterioară, transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, până la data de 10.

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

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

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

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri și a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate.

În situația în care la unii furnizori se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

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

1) Medic

Nume: PAPAHAGI Prenume: CONSTANTIN-DORIN

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE

Cod numeric personal: 1500509290909/40126218515663673510

Codul medicului: 736777

Program de lucru:

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

2) Medic

Nume: MATEI Prenume: ALEXANDRU

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: CHIRURGIE GENERALA

Cod numeric personal: 1500622290904/40155117181636956045

Codul medicului: 692872

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	07:00-11:00	07:00-11:00	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

3) Medic

Nume: IONESCU Prenume: DAN-CONSTANTIN

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: MEDICINA INTERNA

Cod numeric personal: 1530309290914/40927476006043271200

Codul medicului: 436862

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	07:00-12:00	07:00-12:00	-	-
Joi	14:00-19:00	14:00-19:00	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

4) Medic

Nume: POPESCU Prenume: NICULAE

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: UROLOGIE

Cod numeric personal: 1530709293131/40507563381932730859

Codul medicului: 438298

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Marti	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Miercuri	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Joi	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Vineri	11:30-15:00	11:30-15:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

5) Medic

Nume: ENOIU Prenume: NICOLAE

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: NEUROLOGIE

Cod numeric personal: 1550502296186/40309316211324333161

Codul medicului: 028477

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Marti	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Miercuri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-

Joi	14:00-21:00	14:00-21:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	14:00-21:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

6) Medic

Nume: ONU Prenume: CRISTINEL-TIRONICĂ

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: OBSTETRICA-GINECOLOGIE

Cod numeric personal: 1590117296183/40128892671668800563

Codul medicului: 311828

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	-	-	-	-
Joi	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

7) Medic

Nume: NICA Prenume: EMIL-DAN-CRISTIAN

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST

Specialitatea: MEDICINA INTERNA

Cod numeric personal: 1620720290905/40781299711744488252

Codul medicului: 905344

Program de lucru:

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

8) Medic

Nume: CUCU Prenume: ION-VIOREL

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: CHIRURGIE GENERALA

Cod numeric personal: 1640607293143/40531115152603970837

Codul medicului: 581408

Program de lucru:

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

9) Medic

Nume: BĂRBUCEANU Prenume: SORIN

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: OFTALMOLOGIE

Cod numeric personal: 1730621293090/40743227701536650134

Codul medicului: 757131

Program de lucru:

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

10) Medic

Nume: GROSU Prenume: MARICICA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: PEDIATRIE

Cod numeric personal: 2530308290913/40170595817781500439

Codul medicului: 437375

Program de lucru:

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

11) Medic

Nume: MIHĂESCU Prenume: ADRIANA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: PEDIATRIE

Cod numeric personal: 2530316290913/40106156321041416270

Codul medicului: 204866

Program de lucru:

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

12) Medic

Nume: FUSU-PLĂIAȘU Prenume: ELENA

Grad profesional: MEDIC PRIMAR

Specialitatea: OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

Cod numeric personal: 2540202293108/40148099136735182970

Codul medicului: 019927

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	-	-	-	-
Miercuri	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

13) Medic

Nume: CONSTANTIN Prenume: MARIANA

Grad profesional: MEDIC SPECIALIST
 Specialitatea: PEDIATRIE
 Cod numeric personal: 2541109400065/40130735695843644109
 Codul medicului: 628796
 Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Marti	07:00-12:00	07:00-12:00	-	-
Miercuri	07:00-12:00	07:00-12:00	-	-
Joi	07:00-12:00	07:00-12:00	-	-
Vineri	07:00-14:00	07:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

14) Medic

Nume: NICOLĂESCU Prenume: ADINA
 Grad profesional: MEDIC PRIMAR
 Specialitatea: OTORINOLARINGOLOGIE
 Cod numeric personal: 2600218080099/40179121068310349460
 Codul medicului: 357706
 Program de lucru:

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

15) Medic

Nume: DAMIAN Prenume: ANCA-MAGDALENA
 Grad profesional: MEDIC PRIMAR
 Specialitatea: MEDICINA INTERNA
 Cod numeric personal: 2610829293101/40157637990452689242
 Codul medicului: 754404
 Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	-	-	-	-
Marti	07:00-12:00	07:00-12:00	-	-
Miercuri	12:00-15:00	12:00-15:00	-	-
Joi	-	-	-	-
Vineri	-	-	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

16) Medic

Nume: CEAPĂ Prenume: MARIANA
 Grad profesional: MEDIC PRIMAR
 Specialitatea: OTORINOLARINGOLOGIE
 Cod numeric personal: 2620505400287/40041725333579890268
 Codul medicului: 799185
 Program de lucru:

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