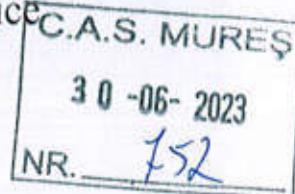


CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice
nr. 5B/8 / 30-06-2023



I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate Mureș, cu sediul în municipiul Târgu-Mureș, str. Aurel Filimon nr. 19, județul MUREȘ, telefon 0265-250040, fax 0265-250031, reprezentată prin Director General Ec. Rodica BIRO, și

Laboratorul din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice din structura SPITALULUI ORASENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUS, reprezentat prin CLAUDIA UȚIU în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte, având sediul în orașul Luduș, str. 1 Decembrie 1918 nr. 20, județul MURES, telefon 0265/411889, e-mail spludus@gmail.com;

Având în vedere

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, în următoarele specialități:

- a) MEDICINA DE LABORATOR;
- b) RADIOLOGIE IMAGISTICA MEDICALA

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către medicii din anexa 1

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data de 01.07.2023 până la 31.12.2023.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

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 care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecărui, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și 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. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale paraclinice potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate 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, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia decontării lunare, 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 actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimis utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialitățile clinice care au încheiate acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competență legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.
- l) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023;
- m) să deconteze investigațiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relație contractuală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;
- n) 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 avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;
- 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;
- p) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se află în relație contractuală situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigații medicale paraclinice, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute contract, după caz;
- q) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relații contractuale.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

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 bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul 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 respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
 - e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
 - f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
 - g) să 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/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2. din Anexa 1 la prezenta hotărâre, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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;
 - h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.
- Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatici din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;
- i) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este

stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

j) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului;

k) 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;

l) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

m) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/29 aprilie 2004, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistență 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/Confederăția Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederăția Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice 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 acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Furnizorul efectuează investigații paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care l-a eliberat;

n) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

- o) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică lunară corectă și actualizată pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- p) să asigure mențenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SR EN ISO 15189;
- q) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție pe toată perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pentru minimum 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice din norme. În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr 1857/441/2023, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;
- r) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală, cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizati(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;
- s) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico – farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist

medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomicie patologică declarat și prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomicie patologică/laborator de anatomicie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore);

ș) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023;

t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189; ț) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

u) să nu încheie contracte cu alții furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare;

v) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

w) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

x) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

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

z) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările 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 din asigurările 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 împlineste 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/adeverință înclocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1^a) 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;

aa) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

ab) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit.z) 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 împlineste 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;

ac) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest

sens 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 daune sănătății de către alte persoane - 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; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

V. Drepturile furnizorilor de servicii medicale paraclinice

ART. 8 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au următoarele drepturi:

- a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însotite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;
- b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate 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 prin poșta electronică;
- c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;
- d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic 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;
- e) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată în asistență medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei la tarifele prevăzute în anexa nr. 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

Lista serviciilor paraclinice contractate tip *analize medicale de laborator și servicii paraclinice de imagistică medicală* se găsește în anexa 2 , anexa 3 și anexa 4.

- 1) Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: analize de laborator, este de **514.463,76** lei, din care:
 - Suma aferentă **trimestrului I** este de **141.689,98** lei, conform actelor aditionale încheiate la contractul nr. 5B/8/30-06-2023,

- Suma aferentă **trimestrului II** este de **133.739,10** lei, conform actelor aditionale încheiate la contractul nr. 5B/8/30-06-2023,

- Suma aferentă **trimestrului III** este de **143.419,68** lei, din care:

- luna VII 47.806,56 lei

- luna VIII 45.020,66 lei

- luna IX 50.592,46 lei

- Suma aferentă **trimestrului IV** este de **95.615,00** lei, din care:

- luna X 46.271,23 lei

- luna XI 41.268,94 lei

- luna XII 8.074,83 lei.

Valoarea contractului pentru *analize medicale de laborator* pentru perioada iulie-decembrie 2023 este în sumă de **239.034,68** lei.

2) Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: *anatomie patologică*, este de **10.902,13** lei, din care:

- Suma aferentă **trimestrului I** este de **2.280,00** lei, conform actelor aditionale încheiate la contractul nr. 5B/8/30-06-2023,

- Suma aferentă **trimestrului II** este de **2.888,44** lei, conform actelor aditionale încheiate la contractul nr. 5B/8/30-06-2023,

- Suma aferentă **trimestrului III** este de **3.440,18** lei, din care:

- luna VII 1.146,72 lei

- luna VIII 1.079,90 lei

- luna IX 1.213,56 lei

- Suma aferentă **trimestrului IV** este de **2.293,51** lei, din care:

- luna X 1.109,91 lei

- luna XI 989,91 lei

- luna XII 193,69 lei.

Valoarea contractului pentru *anatomie patologică* pentru perioada iulie-decembrie 2023 este în sumă de **5.733,69** lei.

3) Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: *servicii paraclinice de imagistică medicală*, este de **437.015,65** lei, din care:

Suma aferentă **trimestrului I** este de **63.581,00** lei, conform actelor aditionale încheiate la contractul nr. 5B/8/30-06-2023,

- Suma aferentă **trimestrului II** este de **86.177,37** lei, conform actelor aditionale încheiate la contractul nr. 5B/8/30-06-2023,

- Suma aferentă **trimestrului III** este de **172.368,71** lei, din care:

- luna VII 57.482,43 lei

- luna VIII 54.095,67 lei

- luna IX 60.790,61 lei

- Suma aferentă **trimestrului IV** este de **114.888,57** lei, din care:

- luna X 55.598,34 lei

- luna XI 49.587,71 lei

- luna XII 9.702,52 lei.

Valoarea contractului pentru *servicii paraclinice de radiologie și imagistică medicală* pentru perioada iulie-decembrie 2023 este în sumă de **287.257,28** lei.

Suma contractată pe an se defalcă pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 10 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de 20.

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13

(1) 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, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță 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 înacetarea 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.

(3) 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 rezoluțunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale paraclinice 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.

XI. Sancțiuni, condiții de suspendare reziliere și înacetare a contractului

ART. 15

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații; cu recuperarea contravvalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), g), h), j), k), l), n) - p), v), w), ac) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit.

m) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. e), i) și y) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) -(4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieșite din perioada de garanție, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu detine acest document.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(4), (6) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de

servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), (6) și (7) casele de asigurări de sănătate țin evidență distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(4), (6) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(4), (6) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruiu dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), k) și l) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retrageri/ anulării acestora - pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. k) și l);

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 sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă de maximum 90 de zile calendaristice după caz, pe bază de documente justificative;

d) 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 laboratorului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiul al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații

contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizati în efectuarea investigațiilor.

f) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu contează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se reziliază de plin drept prinț-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retrageri/anjulării/a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;
- e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență finanțier-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare acțuii de control;
- f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 15 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;
- h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. s) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;
- i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (8) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 și a celor prevăzute la art. 7 lit. q), §) – u);
- j) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. r);
- k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, situațiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), lit. g) și lit. k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 7 lit. e) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale începează în următoarele situații: a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului 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 paraclinice 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. 16 alin. (1) lit. a) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) 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.

(4) 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/înregistrate 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.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4), în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alții furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 19

(1) Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 18 alin. (1) lit. a) sub pct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) sub pct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XII. Corespondența

ART. 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților – sed

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celelalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 21

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 5 zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

ART.25.- Decontarea serviciilor medicale efectuate se va face de către CAS Mureș, în condițiile pct.4 din Ordinul MF nr.1792/2002, în limita creditelor bugetare deschise și a disponibilului.

ART.26.- Furnizorul se obligă să respecte Regulamentul (UE) nr.679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi 30-06-2023, în două exemplare a câte 30 pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE MUREŞ**

Director general,
Ec. Biro Rodica

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE**

Reprezentant legal,
CLAUDIA UȚIU

Director executiv al Direcției
economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULICA

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Szollosi Erika

Vizat
Comp.Juridic, contencios
administrativ
ANGELA ONOC
consilier juridic



ANEXA 1
la
CONTRACTUL

DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE
 SPECIALITATE DIN AMBULATORIU PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE
5B/8 / 30-06-2023

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: NEMEŞ Prenume: MIHAELA-SANDA

Specialitatea: ANATOMIE PATHOLOGICA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2671127080010

Codul medicului: 763196

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Marti	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Miercuri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Joi	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Vineri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

b) Medic

Nume: GHENGIOMER Prenume: ŞERIN-SENA

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2710515131231

Codul medicului: 938237

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Marti	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Miercuri	14:00-20:00	14:00-20:00	-	-
Joi	14:00-20:00	14:00-20:00	-	-
Vineri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

c) Medic

Nume: ŞIPOŞ Prenume: ANCA-CĂTĂLINA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2760407090023

Codul medicului: 961578

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară

Luni	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Marti	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Miercuri	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Joi	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Vineri	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

d) Medic

Nume: KOVÁCS Prenume: ELENA-DANIELA

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2821223190447

Codul medicului: B59390

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	14:00-20:00	14:00-20:00	-	-
Marti	14:00-20:00	14:00-20:00	-	-
Miercuri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Joi	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Vineri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

e) Medic

Nume: MIU Prenume: LAVINIA-CRISTINA

Specialitatea: RADIOLOGIE-IMAGISTICA MEDICALA

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2860320082219

Codul medicului: E92172

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară
Luni	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Marti	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Miercuri	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Joi	08:00-14:00	08:00-14:00	-	-
Vineri	14:00-20:00	14:00-20:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

f) Medic

Nume: GYÖRFI Prenume: IMOLA

Specialitatea: MEDICINA DE LABORATOR

Cod numeric personal/Cod de identificare: 2920603260027

Codul medicului: G08607

Program de lucru:

Zi săptămână	Cabinet		Teren	
	Impară	Pară	Impară	Pară

Luni	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Marti	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Miercuri	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Joi	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Vineri	08:00-15:00	08:00-15:00	-	-
Sambata	-	-	-	-
Duminica	-	-	-	-

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE MUREŞ**

Director general,
Ec. Biro Rodica

Director executiv al Direcției
economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE**

Reprezentant legal,
CLAUDIA UȚIU

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Szollosi Erika

ANEXA 2**Ia****CONTRACTUL**

**DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE
SPECIALITATE DIN AMBULATORIU PENTRU SPECIALITĂȚILE
PARACLINICE**

5B/8 / 30-06-2023

Lista serviciilor paraclinice contractate tip analize de laborator este:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.	Hemoglobina glicozilată	38	150	5700
2.	Electroforeza proteinelor serice	16,52	150	2478
3.	Calciu seric total	5,6	150	840
4.	Microalbuminuria (albumină urinară)	28,7	150	4305
5.	Anti-HAV IgM	44,21	150	6631,5
6.	Testare HIV la gravidă	41,98	150	6297
7.	ASLO	12,98	150	1947
8.	Confirmare TPHA	14,7	150	2205
9.	IgA, seric	19,27	150	2890,5
10.	Proteina C reactivă	11,6	150	1740
11.	Urocultură - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriana	15,96	150	2394
12.	Antifungograma	19,61	150	2941,5
13.	LDL colesterol	8,02	150	1203
14.	Rezerva alcalina (determinarea Bicarbonatului seric)	23,56	150	3534
15.	Transferină serică	30	150	4500
16.	Complement seric C4	14,14	150	2121
17.	PSA	24,07	150	3610,5
18.	Acid uric seric	6,11	100	611
19.	TGO	6,08	100	608
20.	Potasiu seric	11,96	100	1196
21.	Calciu ionic seric	8,22	100	822
22.	Hormonul luteinizant (LH)	30,04	100	3004
23.	Estradiol	31,07	100	3107
24.	ATPO	42,39	100	4239
25.	Depistare hemoragii occulte	31,53	100	3153
26.	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și/sau colorat	19,95	100	1995
27.	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	20,61	100	2061
28.	Vitamina B12	38	100	3800
29.	Acid folic	48	100	4800

30.	Bilirubina totala	6,37	100	637
31.	free PSA	31,83	100	3183
32.	Timp Quick și INR (International Normalised Ratio)	15,32	100	1532
33.	APTT	15,51	100	1551
34.	Fibrinogenemie	14,28	100	1428
35.	HDL colesterol	8,55	100	855
36.	Trigliceride serice	7,35	100	735
37.	Fosfatază alcalină	8,13	100	813
38.	Sodiu seric	10,44	100	1044
39.	Dozare glucoză urinară	7,24	100	724
40.	Parathormonul seric (PTH)	47,5	100	4750
41.	IgE seric	18,02	100	1802
42.	Examen bacteriologic exudat nazal-cultura si identificare Staphylococcus aureus (MRSA/MSSA)	18,62	100	1862
43.	Examene din tampon rectal-portaj Streptococcus agalactiae la gravide prin metode de cultivare	20,61	100	2061
44.	Albumina serica	14	100	1400
45.	Glicemie	5,99	100	599
46.	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO	9,84	100	984
47.	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh	10,28	100	1028
48.	Creatinină serică	6,18	100	618
49.	Examen complet de urină (sumar + sediment)	9,75	100	975
50.	Creatinină urinară	10,78	100	1078
51.	FT4	21,74	100	2174
52.	Progesteron	33,02	100	3302
53.	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ si colorat, cultură și identificare fungică	19,95	100	1995
54.	Examene din secretii vaginale-cultura si identificare bacteriana	20	100	2000
55.	Lipaza serica	15	100	1500
56.	Complement seric C3	14,14	100	1414
57.	VSH	2,74	101	276,74
58.	Uree serică	6,11	100	611
59.	Colesterol seric total	5,99	100	599
60.	Magneziemie	5,84	100	584
61.	Cortizol	35,14	100	3514
62.	Examen fungic exudat faringian - cultura si identificare pana la nivel de specie	19,95	100	1995
63.	Coprocultură - cultură și identificare bacteriană	19,95	100	1995
64.	TTGO(test de toleranta la glucoza per os)	35	100	3500
65.	Examene din secretii cervicale-cultura si identificare bacteriana	20	100	2000

66.	Examene din secreții vaginale-portaj Streptococcus agalactiae la gravide prin metode de cultivare	20,61	100	2061
67.	Alfa amilaza serica	15	100	1500
68.	Lactatdehidrogenaza (LDH)	10	100	1000
69.	Bilirubina directă	6,37	100	637
70.	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	10,16	100	1016
71.	Feritină serică	40	100	4000
72.	Dozare proteine urinare	7,24	100	724
73.	Testosteron	39,27	150	5890,5
74.	Antigen Helicobacter Pylori	43,48	150	6522
75.	IgG seric	19,27	150	2890,5
76.	IgM seric	19,7	150	2955
77.	Raport albumina/creatinina intr-un esantion de urina spontana	45	150	6750
78.	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	20,61	150	3091,5
79.	Numărătoare reticulocite	7,58	150	1137
80.	Examen citologic al frotiului sanguin	24,29	150	3643,5
81.	TGP	6,11	150	916,5
82.	Gama GT	8,34	150	1251
83.	TSH	21,39	150	3208,5
84.	Hormonul foliculinostimulant FSH	30,04	150	4506
85.	Ag HBs	35,22	150	5283
86.	VDRL sau RPR	6,68	150	1002
87.	Factor rheumatoid	10,15	150	1522,5
88.	Examen bacteriologic exudat faringian - cultură și identificare streptococi beta-hemolitici gr.A,C,G	16,62	150	2493
89.	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari	14,62	150	2193
90.	Proteine totale serice	7,65	150	1147,5
91.	Creatinkinaza CK	12,61	149	1878,89
92.	Sideremie	7,41	150	1111,5
93.	Fosfor (fosfat seric)	13	150	1950
94.	Prolactină	31,92	146	4660,32
95.	Anti HCV	64,9	130	8437
96.	Examen coproparazitologic	13,54	130	1760,2
97.	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	20,61	130	2679,3
98.	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură	20,61	130	2679,3

	și identificare bacteriană			
99.	Antibiograma	15,42	130	2004,6
100.	Examen fungic din colectie purulenta - Examen microscopic nativ si colorat,cultura si identificare fungica	20,61	130	2679,3
		TOTAL		239.034,15

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

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE MUREŞ**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE**

Director general,
Ec. Biro Rodica

Director executiv al Direcției
economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIUCA

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Szollosi Erika

Reprezentant legal,
CLAUDIA UȚIU



ANEXA 3

la

CONTRACTUL

DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE SPECIALITATE
DIN AMBULATORIU PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

5B/8 / 30-06-2023

Lista serviciilor paraclinice de anatomie patologică contractate este:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.	Citodiagnostic lichid de punctie	89	5	445
2.	Examen cervico-vaginal Babes - Papanicolau	48,7	4	194,8
3.	Examen histopatologic procedura completa HE*(1-3 blocuri)	145	5	725
4.	Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale (1-3 blocuri)	190	7	1330
5.	Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale (4-6 blocuri)	320	5	1600
6.	Examen histopatologic procedura completa HE(4-6 blocuri)	280	5	1400
TOTAL				5.694,80

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

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE MUREŞ**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE**

Director general,
Ec. Biro Rodica

Reprezentant legal,
CLAUDIA UTIU

Director executiv al Directiei
economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Szollosi Erika

ANEXA 4**la****CONTRACTUL**

**DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚĂ MEDICALĂ DI
SPECIALITATE DIN AMBULATORIU PENTRU SPECIALITĂȚILE
PARACLINICE**
5B/8 / 30-06-2023

Lista serviciilor paraclinice de imagistică contractate este:

Lista serviciilor paraclinice de imagistică contractate este:

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.	Radiografie de membre- Brat drept	40,35	20	807
2.	CT ureche internă	505	20	10100
3.	Radiografie de membre- Coapsă stângă	40,35	20	807
4.	Radiografie de membre- Pumn stang	40,35	20	807
5.	Examen radiologic coloană vertebrală lombosacrată	40,35	20	807
6.	CT regiune toracică nativ	228	20	4560
7.	CT craniu nativ	156	20	3120
8.	Examen radiologic articulații sacro-iliace	40,35	20	807
9.	CT sinusuri	202	20	4040
10.	Examen radiologic coloană vertebrală cervicală	40,35	20	807
11.	CT coloană vertebrală toracală nativ	80,88	20	1617,6
12.	Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe toracice	40,35	20	807
13.	Radiografie de membre- Calcaneu drept	40,35	20	807
14.	Radiografie de membre- Coapsă dreaptă	40,35	20	807
15.	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	337	20	6740
16.	CT coloană vertebrală lombară nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539	20	10780
17.	Radiografie de membre-	40,34	20	806,8

	Pumn drept			
18.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	528	20	10560
19.	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	539	20	10780
20.	CT membru superior stâng nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242	20	4840
21.	Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri	40,35	20	807
22.	Ex. radiologic centură scapulară	40,35	20	807
23.	Radiografie de membre-Antebrat stang	40,34	20	806,8
24.	Angiografie CT torace	539	20	10780
25.	Examen radiologic coloană vertebrală toracală	40,35	20	807
26.	CT coloană vertebrală lombară nativ	80,88	20	1617,6
27.	CT abdomen nativ	235	20	4700
28.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos	469	20	9380
29.	CT membru superior drept nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242	20	4840
30.	Radiografie de membre-Genunchi stang	40,35	20	807
31.	Radiografie de membre-Gambă stangă	40,35	20	807
32.	Uro CT	539	20	10780
33.	CT membru superior drept nativ	80,88	20	1617,6
34.	CT membru superior stang nativ	80,88	20	1617,6
35.	Radiografie de membre-Cot drept	40,35	20	807
36.	Radiografie de membre-Gleznă stangă	40,35	20	807
37.	Radiografie de membre-Picioară dreptă	40,35	20	807
38.	Angiografie CT abdomen	539	20	10780
39.	Radiografie de membre-Mână stangă	40,35	20	807
40.	Radiografie de membre-Sold drept	40,35	20	807
41.	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ	40,35	20	807
42.	Radiografie de membre-	40,35	25	1008,75

	Șold stâng			
43.	CT coloană vertebrală toracală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539	25	13475
44.	Ex. radiologic craniian în proiecție sinusuri anteroioare ale feței	40,35	25	1008,75
45.	Angiografie CT pelvis	539	25	13475
46.	Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	337	25	8425
47.	CT membru inferior drept nativ	80,88	24	1941,12
48.	CT membru inferior stâng nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242	25	6050
49.	Ecografie abdomen	53,92	25	1348
50.	CT regiune gât nativ	175	25	4375
51.	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	296	25	7400
52.	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	445	25	11125
53.	Radiografie de membre- Cot stang	40,35	25	1008,75
54.	Radiografie de membre- Brat stang	40,35	25	1008,75
55.	Radiografie de membre- Gleznă dreaptă	40,35	25	1008,75
56.	CT hipofiză cu substanță de contrast	505	25	12625
57.	Radiografie de membre- Picioară stâng	40,35	25	1008,75
58.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)	70,44	25	1761
59.	Radiografie de membre- Genunchi drept	40,35	25	1008,75
60.	CT buco-maxilo-facial nativ	202	25	5050
61.	CT pelvis nativ	235	19	4465
62.	Ex. radiologic craniian standard	40,35	20	807
63.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	505	20	10100
64.	CT membru inferior stâng nativ	80,88	19	1536,72
65.	CT mastoida	202	20	4040
66.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrata intravenos	485	20	9700
67.	CT coloană vertebrală	539	20	10780

	cervicală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos				
68.	Radiografie de membre-Gambă dreaptă	40,35	25	1008,75	
69.	Radiografie de membre-Calcan stâng	40,35	20	807	
70.	Radiografie de membre-Antebrat drept	40,35	20	807	
71.	Ex. radiologic torace ansamblu	40,35	20	807	
72.	CT membru inferior drept nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242	20	4840	
73.	Radiografie de membre-Mână dreapta	40,35	20	807	
74.	CT coloană vertebrală cervicală nativ	80,88	20	1617,6	
TOTAL					287.238,44

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

**CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE MUREŞ**

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE**

Director general,
Ec. Biro Rodica

Reprezentant legal,
CLAUDIA UTIU

Director executiv al Direcției
economice,
Ec. Manuel-Augustin BUTIULCA

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Szollosi Erika

