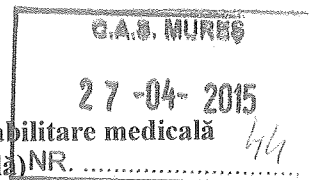


ACT ADIȚIONAL nr. 8 / 27-04-2015

la
CONTRACTUL

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală
(pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală)
8/13 / 30-06-2014



I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate CAS MURES, cu sediul în municipiul/orașul Târgu Mureș, str. Aurel Filimon, nr. 19, județul/sectorul MURES, telefon 0265-250040, fax 0265-250031, reprezentată prin președinte - director general Ec. Camelia Monica Suciu

și
- unitățile ambulatorii de recuperare - reabilitare a sănătății aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie SPITALUL ORASENESC "DR. VALER RUSSU" LUDUS, reprezentată prin Manager Dr. Emilia-Mariana Olar;

având sediul în municipiul/orașul Luduș, str. 1 Decembrie 1918 nr. 20, județul/sectorul MURES, telefon 0265-411889, e-mail spludus@gmail.com,

II. Obiectul actului adițional

Prelungirea, modificarea și completarea Contractului, în conformitate cu HGR nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului – cadru, care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, modificată și completată prin HGR nr. 205/2015 și Ordinul comun MS/CMAS nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, conform Anexei 1 la prezentul Act adițional.

III. Durata actului adițional

Prezentul act adițional este valabil de la data de 01-05-2015 până la data de 31-12-2015.

V. Modalități de plată

(1) Valoarea actului adițional pentru serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate este de 67.841,40 lei.

Restul prevederilor contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală) în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. 8/13 / 30-06-2014 rămân neschimbate.

Prezentul act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală) în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. 20/13 / 30-06-2014 a fost încheiat astăzi 27-04-2015 în două exemplare a câte 1 pagină fiecare, Anexa 1 a câte 5 pagini și Anexa 2 a câte 1 pagină, câte unul pentru fiecare parte contractantă și face parte integrantă din Contract

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MURES

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - director general,
Ec. Camelia Monica Suciu

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

Director executiv al Direcției relații contractuale,
Ec. Biro Rodica

Manager,
Dr. GALDEA ANDREEA

Director Financiar Contabil
Ec. Lechintan Ramona

Vizat
Juridic, contencios

1. Cap.II Obiectul contractului, art.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

2. Cap.III Serviciile medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, art.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de reabilitare medicală asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

3. Cap.V Obligațiile părților, se modifică după cum urmează

- art.7, lit.b, j, k, l și m vor avea următorul cuprins:

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

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

- art.8, lit.d, i, l, q, r, z, aa, ab, af, ag, ah și ai vor avea următorul cuprins:

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

a) q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

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

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală este prevăzută în anexa nr. 13 la Ordinul

Ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G.nr.400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ab) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

af) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/ 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 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; 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;

ag) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind Semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ai) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

- art.8 se completează cu lit.al și am, și vor avea următorul cuprins:

al) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

am) 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, în vederea acordării serviciilor medicale.

4. Cap.VI Modalități de plată, se modifică după cum urmează:

- art.9 va avea următorul cuprins:

Modalitatea de plată a serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

- art.10 alin.(1)*) va avea următorul cuprins:

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală sunt cele prevăzute în anexa nr.11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală.

5. Cap.X Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului, se modifică după cum urmează:

- art.18 alin.(2), (3), (4) și (5) vor avea următorul cuprins:

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. aa) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ah), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.

- art.19 lit.j va avea următorul cuprins:

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1), (2) și (4) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

6. Cap. XIV. Alte clauze

Contractul se reziliază de plin drept în situația în care se constată de către autoritățile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la art.18 alin.(3) din H.G.nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, modificată și completată prin H.G.nr.205/2015

Anexa 1 a fost încheiată în 2 exemplare a câte 5 pagin fiecare.

Președinte - director general,
Ec. Camelia Monica Suciu

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

Director executiv al Direcției relații
contractuale,
Ec. Biro Rodica

Manager,
Dr. GALDEA ANDREEA

Director Financiar
Ec. Lechintan Ramona

Vizat
Juridic Contencios



ANEXA 2
la
ACTUL ADIȚIONAL nr. 8 / 27-04-2015
la
CONTRACTUL
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală
(pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală)
8/13 / 30-06-2014

Detalierea pe luni a valorii actului adițional:

	Valoare contract	Valoare adiționale anterioare	Valoare adițional	Valoare totală
TOTAL:	73.448,00	57.943,40	67.841,40	199.232,80
TRIMESTRU III 2014	33.372,00	-8,00	0,00	33.364,00
IULIE 2014	10.000,00	-22,00	0,00	9.978,00
AUGUST 2014	10.000,00	20,00	0,00	10.020,00
SEPTEMBRIE 2014	13.372,00	-6,00	0,00	13.366,00
TRIMESTRU IV 2014	40.076,00	13.369,40	0,00	53.445,40
OCTOMBRIE 2014	13.372,00	15,00	0,00	13.387,00
NOIEMBRIE 2014	13.352,00	6.887,00	0,00	20.239,00
DECEMBRIE 2014	13.352,00	6.467,40	0,00	19.819,40
TRIMESTRU I 2015	0,00	32.425,00	0,00	32.425,00
IANUARIE 2015	0,00	9.769,00	0,00	9.769,00
FEBRUARIE 2015	0,00	9.807,00	0,00	9.807,00
MARTIE 2015	0,00	12.849,00	0,00	12.849,00
TRIMESTRU II 2015	0,00	12.157,00	20.600,00	32.757,00
APRILIE 2015	0,00	12.157,00	0,00	12.157,00
MAI 2015	0,00	0,00	10.300,00	10.300,00
IUNIE 2015	0,00	0,00	10.300,00	10.300,00
TRIMESTRU III 2015	0,00	0,00	28.120,00	28.120,00
IULIE 2015	0,00	0,00	10.300,00	10.300,00
AUGUST 2015	0,00	0,00	10.300,00	10.300,00
SEPTEMBRIE 2015	0,00	0,00	7.520,00	7.520,00
TRIMESTRU IV 2015	0,00	0,00	19.121,40	19.121,40
OCTOMBRIE 2015	0,00	0,00	6.520,00	6.520,00
NOIEMBRIE 2015	0,00	0,00	7.400,00	7.400,00
DECEMBRIE 2015	0,00	0,00	5.201,40	5.201,40

la **CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREȘ**

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

**Președinte - director general,
Ec. Camelia Monica Suciu**

**Director executiv al Direcției economice,
Ec. Manuel-Augustin Butinca**

**Director executiv al Direcției relații contractuale,
Ec. Biro Rodica**

Manager,

Dr. GALDEA ANDRECA

**Director Financiar Contabil
Ec. Lechintan Ramona**

